

Université Des Sciences, Des Techniques Et Des Technologies

De Bamako (USTTB)

Faculté De Médecine Et D'Odonto-Stomatologie



U.S.T.T-B

Thèse N °...../M

Titre

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION
ROUTIERE DANS LE SERVICE D'ORTHOPEDIE
TRAUMATOLOGIQUE DU CHU GABRIEL TOURE.

Présentée et soutenue publiquement le --/--/2014

Par **M.Moussa Dramane SIDIBE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr Mamadou KONE

Membre : Dr Terna TRAORE

Co-directeur : Dr Mamadou Bassirou TRAORE

Directeur: Pr Tiéman COULIBALY





C'est avec humilité que je reconnais ce que je dois :

A Allah

Le très miséricordieux

Le protecteur de celui qui cherche la protection,

La gloire de l'espoir

Le gardien de l'humanité

Toi qui nous procure la sagesse, la sagesse qui brille et qui ne se flétrit pas

La sagesse qui se laisse voir aisément par ceux qui l'aiment et trouver par ceux
qui la cherchent ; elle devance ceux qui la désirent en se faisant connaître la
première.

La sagesse qui nous aide à combattre l'opulence car l'opulence attriste et
assèche le cœur de l'homme

La sagesse qui nous permet de conserver la clairvoyance dans un monde
hypertrophié et hémiplégique

La sagesse qui nous apprend à nous connaître par une introspection régulière.

Car se connaître, c'est avoir les moyens de se gouverner sans passion, c'est
aussi avoir une personnalité bien trempée et un équilibre lucide, une

personnalité qui nous permet de réfléchir sur nos actes sur les motifs secrets de notre conduite et cela avec une dose d'objectivité.

Oh, toi seigneur, toi qui nous as permis de voir ce beau jour nous nous prosternons devant toi pour implorer ta bénédiction afin que ta sagesse pèse sur nos vérités ici-bas.

A mon PAYS : le MALI

En ces moments difficiles que tu traverses tu me fais vivre néanmoins cette émotion et cette joie qui hypertrophient mon cœur. J'espère que ces crises ne vont jamais ébranler tes fondements.

Que Dieu te bénisse !+

A ma famille,

"A l'honneur de la continuité de la vie, souvenirs du passé, joies du présent et espoir d'avenir".

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être.

C'est à travers vos encouragements que J'ai opté pour cette noble profession, et

c'est à travers vos critiques que je me suis réalisé.

J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi.

Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour.

A mon père : DRAMANE SIDIBE

Papa idéal, ce travail est celui d'un fils à ton image. « *On reconnaît l'arbre à ses fruits* »

Tu es l'initiateur de ce travail, tu as été pour nous un exemple de courage et de justice. N'est ce pas Euripide qui disait : « *Le juste est celui qui vit pour son prochain* ».

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, du moral, du pardon, du partage et du travail bien fait.

Père, âme généreuse au service de la dignité et de la fraternité des hommes.

Toi qui as un esprit ouvert au dialogue et à la tolérance,

Toi qui as une voix porteuse de l'espérance des opprimés,

Toi qui refuses les succès illusoire de la violence parce que tout simplement tu penses que la violence est aussi inefficace qu'immorale ; inefficace car elle engendre un cercle infernal aboutissant à l'anéantissement général de

La société ; immorale car elle veut humilier l'adversaire et non le convaincre.

Elle détruit la communion et rend impossible la fraternité.

Toi qui crois en la force de l'amour et à la douceur du pardon

Que cette thèse m'offre l'occasion de me rendre encore plus digne de toi.

T'avoir auprès de moi sera toujours mon plus grand réconfort et ma fierté.

Que Dieu te donne une longue et heureuse vie.

A ma mère : **DJENEBA SIDIBE**

Berçant mon arrivée terrestre,

Tu me fis voir ce beau monde à travers mes sens encore clos Puis je

m'empêcher de te dire merci ?

Ta générosité, ton amour pour ton prochain, ta bonté sans limite, ton courage

indéfectible, ta prudence et ta modestie, ton humilité et ta gratitude ont

beaucoup contribué à la stabilité de notre famille. Mon amour pour toi est si

fort qu'on ne peut le vaincre, Si haut qu'on ne peut le surmonter, Si profond

qu'on ne peut le sonder, Si vaste qu'on ne peut le contourner.

Tu m'as donné la force que je n'avais jamais imaginée et le courage que l'être

humain ne peut avoir. Tu m'as fait comprendre qu'on ne peut pas tout avoir

dans la vie. Que la vie est difficile et que le bonheur n'est pas facile à trouver.

Cependant tu m'as montré le bonheur. Tu m'as rassuré que les douleurs me rendaient toujours meilleur. De ton affection, je ne peux me surpasser. De ton amour est née ma personnalité. Près de toi ; je mène une vie de paradis.

Au milieu de ce récit, je tempère et je prends une seconde pour te dédier ce poème intitulé « *une maman* » :

Des milliers d'étoiles dans le ciel,

Des milliers d'oiseaux dans les arbres,

Des milliers de fleurs dans les jardins,

Des milliers de d'abeilles dans sur les fleurs,

Des milliers de coquillages sur la plage,

Des milliers de poissons dans la mer,

Mais seulement et seulement « *une maman* »

En cet instant solennel ; il me plait d'écrire ce petit passage pour te dire un grand merci. Ce travail est l'aboutissement des sacrifices que tu as consentis à mon égard afin que je progresse dans mes études. Je tombe en admiration devant la bonté de ton cœur à nulle pareille.

Puisse Allah le très miséricordieux te garantir une longue et heureuse vie à nos côtés.

**A mes petites sœurs et petits frères : KADIDIA , MAMADOU, TOUMANI, SORY,
LALA, NAMARE, DRISSA, SIRA,
MOUSSA, MARIAME, BINTOU, SOUMAILA, SEGA, SITAN, NOUMOUTENE, HABIT,
DJENEBA, (SIDIBE), PAPOU DJENEBA, ASTOU, JOLY**

Que ce travail vous incite à plus de courage et d'abnégation. Sachez que tout n'est pas rose dans la vie. Vous êtes appelés à vivre dans un monde mouvementé où vous êtes devez affronter des problèmes nouveaux et toujours croissants et vous êtes tenus de leur trouver des solutions originales. Le chemin de la vie est long et sinueux. Bref retenez tout simplement que *« l'homme est le boulanger de sa vie »*

J'espère que ce travail sera pour vous un exemple de courage et une incitation à mieux faire.

Puisse l'Eternel nous préserver de la déchirure du tissu familial ; qu'il resserre d'avantage le lien sacré de la famille qui nous unit dans le meilleur et dans le pire et nous éloigne toujours de la rupture du cordon familial. Que ces modestes lignes vous servent de témoignage à mon attachement indéfectible au lien sacré de la famille. Que Dieu guide nos pas !

A MES TANTES :

C'est le moment où à jamais de vous dire que j'ai surtout été touché par votre générosité et votre gentillesse qui effacent toute frontière. Sachez que la bonté de votre cœur restera gravée dans ma mémoire. Excusez aujourd'hui mon incapacité de ne point pouvoir entreprendre une description plus grandiose de vos qualités qui n'ont d'égale que votre personnalité. Que Dieu vous récompense au centime.

MENTION SPECIALE :

A la Marraine de Notre Promotion (la 5^{ème} Promotion du Numéris Clausus)

Pr Sidibé Assa Traoré :

Nous avons été séduits par votre abnégation à la recherche scientifique.

Votre disponibilité, votre courtoisie, votre simplicité, la clarté de vos enseignements, votre amour pour le travail et tant d'autres de vos qualités humaines font de vous un modèle à suivre.

Que le Tout Puissant vous honore d'une sagesse immense.

Veillez croire à l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance.

Tonton Harouna N'diaye et Tonton Sidi Sidibé :

Homme honnête, intègre et combatif, vous avez été pour moi plus qu'un père, un ami. Vous n'avez jamais cessé de croire en moi et de me soutenir tant financièrement, matériellement que moralement. Ce travail est le fruit de votre effort. Que Dieu vous garde longtemps auprès de nous et nous donner le courage de suivre votre exemple.

REMERCIEMENTS :

A mes tontons : ADAMA, MADIDIAN, TOUMANI, OUMAR, SOMA, BASSIROU, AMADOU, ISSA...

Les mots manquent à votre "PAPOU" aujourd'hui pour exprimer ce qu'il ressent. Vous avoir auprès de moi sera toujours mon plus grand réconfort. Que Dieu vous donne longue et heureuse vie.

A vous tous cousins et cousines.

Par la présente permettez-moi d'afficher mon attachement au lien sacré du cousinage. Que Dieu vous bénisse.

A mes amis : par peur d'en omettre je ne vous citerai point

Pour commencer, je dirai qu'il y a des amis qui mènent à la ruine mais par contre il y en a qui sont plus chers qu'un frère. Vous avez été

Cet ami et ce frère que j'ai toujours voulu

A Feu OUSSAMA MAIGA

Merci pour les conseils et l'assistance. J'aurai voulu que tu partages ce beau moment avec moi comme nous l'avions prévu. Mais hélas, l'homme propose et l'Eternel dispose. Il en a décidé autrement. Je suis convaincu que où que je sois, tu seras toujours avec moi pour guider mes pas dans ce monde ligoté par son égoïsme et sa haine, dans ce monde où l'homme devient esclave de la technique qui devrait le délivrer, où l'Homme ne connaît plus d'autres moyens pour être heureux que de s'efforcer d'être riche.

Que ton âme repose en paix. Dors bien cher ami !

A mon grand père Feu Moussa Sidibé

Tu as été le grand absent de ces dernières années. Tu nous as quittés à peine quand je commençais le lycée. C'est avec un sentiment de fierté d'être ton petit fils que j'écris ces lignes. Dors en paix, Que la terre te soit légère !

A mon équipe de garde : Dr Fané Gaoussou, Dr Diarra Yacouba, Dr Aminata Daou, Dr Dabou Oumar, Kalifa Cissé,

Merci pour ces moments de complicité, merci pour votre soutien pendant les moments difficiles. Que Dieu vous protège.

A mes camarades de promotion :

Merci pour votre présence indéfectible à mes côtés pendant ces quelques années de vie. qui m'ont donné cette image de leader syndical à la FMPOS.

Sachez que notre promotion compte sur nous pour resserrer d'avantage les liens sacrés de la camaraderie qui nous unit.

Que Dieu guide vos pas.

Aux camarades syndicalistes :

Dr Brehima Emmanuel, Diakaridia DIARRA « Jack Bauer » ; ISSIAKA

KEITA; Haidara; Daouda Coulibaly « David PALMER » ; Zoumana DAOU ;

Dane.....Et tous les autres camarades syndicalistes. De crainte de ne pas en oublier je m'arrête là. Vous êtes les initiateurs de ce parcours syndical jalonné de succès que nous avons fait ensemble .Grace à vous, j'ai pu me construire une personnalité pendant ces 7 années passées à la FMPOS.C'est avec déférence que je m'acquitte du devoir de vous dire Merci.

Que le tout puissant vous bénisse !

Aux Dr Natalie Coulibaly:

Sans trop de commentaires merci pour tout. Que Dieu vous assiste !

Au Docteur Doumbia Tiéfiing Ainsi qu'au Dr PANTA :

Aucun mot ne saurait exprimer toute la considération que je porte à ton endroit. Je te remercie pour tout le soutien exemplaire et l'amour exceptionnel que tu m'as porté depuis qu'on sait connu. Plus qu'un collègue tu as été ce grand frère qui ne cessait jamais de veiller sur son jeune frère. Merci pour l'assistance, merci pour la sympathie, merci pour tout.

A tous les chirurgiens du service de Traumatologie et D'orthopédie du CHU Gabriel TOURE:

Pr Tiéman Coulibaly, Pr Alwata Ibrahim, Dr Mamadou B Traoré, Dr Diallo Souleymane, Dr Tambassi Sory.

A tous les C.E.S de Traumato

A tous les aînés du service de D'orthopédie, et Traumatologie du CHU Gabriel
TOURE

Aux internes du service de D'orthopédie, et Traumatologie du CHU Gabriel
TOURE

Au Major du service de D'orthopédie, et Traumatologie du CHU Gabriel
TOURE

A tous les infirmiers du service de D'orthopédie, et Traumatologie du CHU
Gabriel TOURE

Aux secrétaires du service de D'orthopédie, et Traumatologie du CHU Gabriel
TOURE.

A la coordination nationale des thésards du Mali et à tous les thésards

Aux étudiants de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie : Merci pour le soutien

Au business Center, les mots me manquent. Merci pour la promotion

A la chefferie du Point G et à toute la population du POINT- G

Merci pour la confiance. Que Dieu vous assiste dans vos actes !

Aux " Etats-majors"

Les "PAREIN", les" BATISSEURS", "l'EXPERIENCE SYNDICALE", L'ALLURE, LE
RASERE, la RENAISSANCE,

C'est avec un sentiment de devoir accompli que j'écris ces lignes pour vous
remercier pour tout ce que vous avez pu faire pour ma modeste personne.

Afin que je puisse paraître au-devant de la scène syndicale de notre très chère
Faculté. Que Dieu nous guide dans notre vie de leadership !

**A tous ceux et toutes celles qui, de près ou de loin ont contribué à l'élaboration
de ce document : Merci.**



**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre Maitre le Professeur Mamadou KONE: Président du jury

- ✓ *Professeur de physiologie à la FMPOS,*
- ✓ *Directeur Adjoint du Centre National des Œuvres Universitaires du Mali ;*
- ✓ *Membre du Comité Scientifique International de la revue Française de Médecine de Sport (MEDISPORT) ;*
- ✓ *Membre du groupement Latin et Méditerranéen de Médecine du Sport,*
- ✓ *Membre de l'observatoire du Mouvement de la Fondation Pierre Fabre,*
- ✓ *Secrétaire Général de la Fédération Malienne de Taekwondo (ceinture noire troisième dan en Taekwondo) ;*
- ✓ *Président du collège Malien de réflexion en Médecine du Sport ;*
- ✓ *Directeur Technique des compétitions sous régionales des établissements polytechniques.*

Cher Maitre, la spontanéité et l'amour de la profession avec lesquelles vous avez accepté de présider ce jury nous a beaucoup marqué. Votre sagesse, votre facilité de transmettre vos qualités d'homme de science qui n'ont d'égale que votre personnalité font de vous l'idole de tous. C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Président du jury malgré vos multiples sollicitations. Cher

Maitre, nous vous souhaitons du temps pour que nous puissions encore bénéficier de vos expériences.

Que l'Eternel vous donne longue et heureuse vie !

A notre maître Directeur de thèse : Professeur Tiéman COULIBALY

- *Chef de service de la Traumatologie et Orthopédie du CHU Gabriel Touré*
- *Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel Touré.*
- *Maître de conférences à la F.M.POS.*
- *Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.*
- *Membre de la société française de chirurgie orthopédique et traumatologique*

Cher Maitre, votre abord agréable a facilité notre insertion dans le service.

Votre exigence scientifique, votre rigueur dans le travail bien fait, votre disponibilité, vos qualités exceptionnelles de formateur, votre humanisme, joints à votre modestie font de vous une référence dans le monde de la santé.

A présent, pour nous le défi est unique : celui de vouloir et de pouvoir devenir des hommes de santé complets au sens le plus élevé du mot, des hommes capables de prouver partout où ils seront qu'effectivement ils sont de votre école car nous restons convaincus qu'est fertile toute terre quand on est fils de bon Paysan.

Recevez ici cher Maitre l'expression de notre profonde reconnaissance.

Que Dieu vous assiste encore longtemps au service et au secours de vos semblables.

A notre Maitre et Co- Directeur de thèse : Dr Mamadou Bassirou Traoré

- *Chirurgien praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré*
- *Ancien interne des hôpitaux du Mali*
- *Secrétaire au conflit de la société malienne de chirurgie orthopédie et traumatologie du Mali*

Cher Maitre, parlez de vous nous donne envie de paraphraser ce dicton qui dit « qu'aux âmes bien nées, la valeur n'attend point le nombre d'âge » c'est avec beaucoup de patience et de disponibilité que vous avez dirigé ce travail. Votre caractère social, vos qualités de rassembleur, associés à vos talents de Chirurgien sont à la base de l'instauration de ce climat de confiance entre vous et vos élèves. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire et surtout de votre savoir-faire.

Soyez rassuré cher Maitre de notre dévouement et notre grandiose admiration.

Que la sagesse de l'Eternelle pèse sur votre parcours.

À notre Maître et juge : Dr Terna Traoré

- *Chirurgien praticien hospitalier à l'hôpital mère enfant Luxembourg*
- *Ancien interne des hôpitaux du Mali*
- *Membre de la société de chirurgie orthopédique et traumatologique du Mali*

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous tombons en admiration devant la bonté de votre cœur et vos qualités humaines à nulle pareille. Scientifique de renommée, votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique font de vous un modèle de maître souhaité par tous.

Encadreur d'une rareté étonnante, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à imiter. En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude. Puisse le tout Puissant vous accorder une longue et heureuse vie.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....

OBJECTIFS.....

I/ GENERALITES.....

II/METHODOLOGIE.....

III/RESULTATS.....

IV/ COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V/CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI/Références.....

VII/Résumé.....

VIII/ANNEXES.....

LISTE DES ABREVIATIONS

AVP: accident de la voie publique

BKO: Bamako

CSTS: centre de spécialisation des techniciens de santé

CS Réf : centre de santé de référence

CVI : commune 6

DNT: direction nationale des transports

ESS: école secondaire de la santé

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Km: kilomètre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMU : Service d'Assistance Médicale d'Urgence

SAR : service de réanimation adulte

SUC: service des urgences chirurgicales

UVP/h : Unité de Véhicules par heure

VP: voiture personnelle.

V.TRANS.COM: voiture de transport en commun

%: pourcentage

AG= Anesthésie Générale

AL= Anesthésie local

ALR= Anesthésie Locorégionale

ANAES= Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Anapath.= Anatomopathologie

ANDEM= Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

ASA= American Society of Anesthesia

BPO= Bilan Preoperative

CAMES= Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur

CEE= Communauté Economique Européenne

CES= Certificat d'Etude de Spécialité

CFA= Communauté Financière Africaine

CPO= Complications Postopératoires

ECBU= Examen Cytologique et bactériologique des urines

EPA= Etablissement Public à caractère Administratif

INPS= Institut National de Prévoyance Sociale

NFS= Numération Formule Sanguine

O.M.S = Organisation Mondiale Santé

QALY= Quality Adjusted Life Years

RA = Revenu annuelle

INTRODUCTION

La médecine a toujours évolué vers la recherche d'une qualité de soin de plus en plus élevée. Cette recherche de qualité s'est manifestée par la lutte contre les maladies.

Dès 1912, Ernest Amory Codman exprimait ces idées au risque qu'elles soient taxées de folles : « Ainsi, ils disent que je suis excentrique puisque je réclame en public que les hôpitaux, s'ils souhaitent s'améliorer, doivent mesurer ce que sont leurs résultats, doivent analyser leurs résultats pour identifier leurs points forts et leurs points faibles, doivent comparer leurs résultats à ceux d'autres hôpitaux et doivent faire bon accueil à la publicité, non seulement de leurs succès, mais aussi de leurs erreurs. De tels avis ne seront pas excentriques d'ici

quelques années... ».

L'évaluation des pratiques médicales est un ensemble de processus pour aider le professionnel de la santé à faire le meilleur choix diagnostique et thérapeutique pour le malade et la société. [1]

L'activité d'un service hospitalier peut être évaluée de façon quantitative (étude épidémiologique ou thérapeutique d'une pathologie), économique (soit en appréciant le coût de la prise en charge soit le rapport coût- bénéfice) ; elle peut aussi se faire de façon qualitative [1 ; 2]. L'évaluation qualitative apprécie les résultats thérapeutiques, les séquelles du traitement et la satisfaction du patient à la fin de son séjour hospitalier [1]. Le contrôle de la qualité des soins a pour objectif de réduire ou de supprimer les soins inutiles et d'améliorer la qualité des soins utiles tant dans leurs indications que leurs mises en œuvre.[3]

L'organisation mondiale de la Santé définit la qualité dans les établissements de santé comme une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient , l'assortiment d'acte diagnostique et thérapeutique qui assurera le meilleur résultat en terme de santé , conformément à l'état actuel de la science médicale , au meilleur coût pour un résultat au moindre risque iatrogène et pour la grande satisfaction du malade , en terme de procédure , de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins .[1 ; 4]

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé

destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [4].

En Amérique du Nord :

Aux USA, Donabedian, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « Maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins »[5]

En Europe :

En France, ce processus d'évaluation médicale n'est devenu d'actualité qu'au début des années 1980 [6] et fut entériné avec la création de l'Agence National pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) qui fut relayée en avril 1996 par l'Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES). [7]

En Afrique francophone si l'évaluation de certains programmes de santé comme le Programme Elargi de Vaccination est devenu habituel, celle des structures hospitalières est rare alors que l'hôpital consomme une grande partie du budget national de santé. [8,24]

Selon les statistiques de l'OMS, chaque année, 1,2 millions de personnes trouvent la mort sur la route soit plus de 3.000 personnes tuées par jour. En plus de ces tuées, il y a 140.000 blessées dont 15.000 personnes resteront handicapées à vie [9].

On assistera, selon les statistiques de l'OMS d'ici l'an 2020, à une augmentation de 60 % du nombre des personnes tuées par accident ce qui correspond à 1,92 millions.

Les accidents de la circulation routière seront alors l'une des principales causes de morbidité dans le monde.

Au Mali, la Direction Nationale des Transports a recensé 788 cas d'accidents pour la seule année 2002, avec 154(19,54%) personnes tuées et 634(80,45%)

blessées graves [8]. En 2004 on a recensé 1091 cas d'accidents avec 276 (25,29%) tuées et 815(74,70%) blessées graves [7]. En fin 2009 ce chiffre a atteint 7827 cas d'accidents soit une augmentation de 44% de 2004 à 2005. A la lumière de toutes ses connaissances nous avons entrepris ce travail pour évaluer la qualité des soins fournis à ces milliers d'accidentées.

OBJECTIFS :

2 .1 OBJECTIF GENERAL:

Evaluer la qualité de la prise en charge des patients victimes d'accident de la circulation routière dans le service d'orthopédie et de traumatologie du CHU Gabriel Touré.

2 .2 OBJECTIFS SPECIFIQUES:

- Evaluer les facteurs liés à la structure.
- Evaluer les facteurs liés aux personnels.
- Evaluer les résultats finaux.
- Evaluer la satisfaction du patient a la fin de son séjour hospitalier.

GENERALITES

I/GENERALITES SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE

DEFINITIONS :

1. Définition de l'accident de la route.

Les accidents de la route se définissent comme des évènements malheureux ou dommageables survenant sur une route, un chemin ouvert à la circulation.

Selon le ministère français de l'équipement, il s'agit des accidents corporels de la circulation routière. Ils doivent survenir, comme le rapportent Vallin et CHESNAIS [10] :

- ✓ sur la voie publique,
- ✓ impliquer au moins un véhicule,
- ✓ provoquer un traumatisme corporel nécessitant un traitement médical avec ou sans hospitalisation.

Selon Wallar, un accident arrive lorsqu'il se crée un déséquilibre entre le potentiel de l'organisme et les exigences de l'environnement. Ce potentiel peut être insuffisant par rapport à l'environnement normal ou exceptionnel (accident de la circulation) ou une situation inhabituelle [11].

A travers le monde, le premier blessé dans un AVP impliquant un véhicule à moteur a été officiellement enregistré le 20 mai 1896 : il s'agissait d'un cycliste de la ville de New York [12].

Un piéton londonien a été le premier à être tué dans un tel accident le 12 août de la même année. Le total cumulé des tués dans des accidents de la circulation atteignait quelque 13 millions en 1997 [12].

2. Définitions de quelques terminologies.

√ Personnes tuées par accident :

La notion de personnes tuées par accident varie d'un pays à l'autre. Certains pays font intervenir un laps de temps durant lequel le décès survenu est considéré comme dû à l'accident ; après ce délai, l'accident n'est plus considéré par le médecin certificateur comme cause initiale du décès mais un état morbide. Ce délai varie de 3 à 20 jours selon les pays.

-En France on considère comme tué par accident de la route, la personne tuée sur le coup ou décédée dans les 3 jours qui suivent l'accident et cela depuis 1967. VALLIN et CHESNAIS [9], ramènent ce délai à 6 jours.

- En Grande Bretagne, on ne retient que la mort sur le coup.

- Dans d'autres pays comme le Danemark, l'Allemagne, le Royaume uni et la Yougoslavie, la définition concerne les tués sur le coup ou les décédés dans les 20 jours qui suivent l'accident.

- Pour l'ONU et la Commission Economique Européenne, il s'agit de toute personne tuée sur le coup ou décédée dans les 20 jours qui suivent l'accident [12].

√ Victime :

On appelle victime, un tué, un blessé grave, un blessé léger par suite d'un accident.

√ Blessé grave : Personne ayant subi un traumatisme nécessitant au moins 6 jours d'hospitalisation.

√ Blessé léger :

Les autres personnes ayant subi un traumatisme ne nécessitant pas d'hospitalisation.

✓ Indemne :

Usager, piéton ou occupant d'un véhicule non victime.

√ Accident mortel :

Accident ayant fait au moins un tué.

√ Traumatisme :

Toute lésion de l'organisme due à un choc de l'extérieur.

3. Les lésions :

- Plaie : solution de continuité cutanée. On distingue :

Les plaies superficielles : une plaie est dite superficielle lorsqu'elle n'atteint que le revêtement cutané ou les tissus immédiatement sous-jacents.

Les plaies profondes : une plaie est dite profonde lorsqu'elle intéresse des structures « nobles » (artères, nerfs viscères)

- Fracture : est une solution de continuité d'un segment osseux.

- Les fractures pathologiques : surviennent sur des os fragilisés par une lésion préexistante, qu'elle soit d'origine infectieuse ou tumorale.
- En outre, on établit une distinction entre les fractures ouvertes, où le foyer de fracture communique avec l'extérieur, et les fractures fermées, où le foyer de fractures ne communique pas avec l'extérieur.

L'examen para clinique essentiel est la radiographie standard. Le traitement consiste à une réduction, une contention de la fracture et au traitement de la plaie si la fracture est ouverte. [13]

- Luxation : C'est un déplacement permanent de deux surfaces articulaires qui ont perdu plus ou moins complètement les rapports qu'elles affectent normalement l'une avec l'autre.
- Entorse : C'est une lésion traumatique d'une articulation résultant de sa distorsion brusque, avec élongation ou arrachement des ligaments, sans déplacement permanent des surfaces articulaires.
- Poly traumatisme : ensemble des troubles dus à plusieurs lésions d'origine traumatique, dont une au moins menace la vie du patient.

Cette notion implique donc un risque patent ou latent d'évolution fatale par atteinte des grandes fonctions vitales, qui impose un traitement rapide des associations lésionnelles, évidentes ou non.

- du poly fracturé : Patient présentant au moins deux fractures.

Les examens complémentaires sont fondamentaux en cas de poly traumatisme pour rechercher les lésions : radiographie, scanner, monitoring de la pression

intra crânienne, l'artériographie cérébrale en cas d'insuffisance du scanner, Imagerie par résonance magnétique, échographie si on suspecte une atteinte abdominale.

- Hémorragie: c'est un écoulement abondant de sang hors des vaisseaux sanguins.

L'hémorragie au cours de l'accident peut être:

- o Externe: saignement à travers les plaies, les fractures ouvertes;
- o Interne: saignement non extériorisé;

Il peut s'agir dans ce dernier cas d'hématome cérébral, d'hémopéritoine par rupture d'organe plein (rate, foie, et rarement les reins) lorsque l'accident a été violent.

Le traitement repose sur l'arrêt de l'hémorragie en général par une intervention chirurgicale, la restauration de la volémie par remplissage vasculaire, et parfois une transfusion sanguine est nécessaire.

-Traumatisme crânien(TC) : c'est un choc sur le crâne, compliqué ou non de lésions de l'encéphale.

Les TC sont fréquents, leur principale cause est représentée par les accidents de la route, responsables de la moitié des traumatismes sévères, en particuliers chez les sujets jeunes, chez qui, ils constituent la première cause de la mortalité.

En dehors des cas les plus bénins, caractérisés par une douleur, un hématome, ou une plaie du cuir chevelu, les TC peuvent être source de lésions primaires (qui apparaissent immédiatement) ou secondairement (qui se produisent de quelques heures à plusieurs mois après le traumatisme).

- Les lésions primaires

Les lésions primaires sont soit osseuses ou encéphaliques.

.Les lésions osseuses: ce sont les fractures de la voûte du crâne (par choc direct) et celles de la base du crâne (par propagation du choc). Il existe deux variétés particulières de fractures: la fracture avec déplacement (ou embarrure).

La commotion cérébrale : œdème diffus cérébral post traumatique.

La contusion cérébrale : foyer d'hémorragie parenchymateux

LES CAUSES DES ACCIDENTS DE LA ROUTE :

"Un accident est rarement dû à une cause unique, il réside dans le comportement du complexe conducteur - milieu - véhicule au cours de quelques instants précédant" formule de L.G NORMAN. [15]

Ces trois facteurs sont étroitement liés et tout accident a son origine dans la défaillance d'un seul ou de plusieurs de ces facteurs.

1. Causes Générales

a) Causes liées aux véhicules

Ces causes occupent une place non négligeable dans la survenue des accidents.

Des statistiques Nord américaine (National Highway Traffic Safety Administration) et française (Prof SICARD) évaluent à 7% le nombre d'accident de la voie publique imputable à des vices techniques du véhicule. [11]

Le National Safety Council des USA estime à 2/5 le nombre des véhicules potentiellement dangereux. Si les progrès techniques ont réduit le nombre d'accident imputable aux vices de fabrication et augmenté très notablement la

sécurité des usagers des véhicules modernes, ils n'ont pas encore réussi à diminuer les vices imputables au vieillissement des machines.

En 1958, la police britannique estimait à 2,5% les accidents occasionnés par défauts et le mauvais fonctionnement des véhicules.

En 1980 au Sénégal, des contrôles techniques inopinés ont retenu le chiffre astronomique de 97,54% de véhicules en mauvais états. [18]

AU Mali, des contrôles techniques inopinés en 2003, ont retenu 2 979 véhicules en mauvais état sur 60 477 véhicules visités [16]. Les défauts les plus fréquents portaient sur:

- une défaillance du système de freinage
- un vice dans la direction
- le mauvais état des pneumatiques
- la défectuosité de la suspension

b) Causes liées à l'usager

Le conducteur est sans doute l'élément primordial du complexe. C'est lui qui, à tout moment, doit s'adapter si certains paramètres changent au niveau des

deux autres facteurs (véhicule-milieu), par exemple le conducteur règle sa vitesse par rapport:

- au profil de la route
- au revêtement de la chaussée
- aux conditions climatiques
- à l'état des pneumatiques ou des freins de son véhicule
- à la zone traversée (agglomération ou campagne)

Les statistiques mondiales accablent l'homme de la responsabilité de 80-95% des accidents de la voie publique. L'état psychologique et physique est chez le conducteur, des paramètres essentiels dont les fluctuations régissent l'adaptabilité à la conduite.

La psychologie du conducteur :

Il apparaît que l'automobiliste, une fois dans sa machine, vit un fantasme qui le place au-dessus des autres en lui assurant une impunité absolue.

Le Professionnel Policier dit de lui : "Derrière le métal et le vitre, dans la pénombre derrière ses glaces, il se sent plus ou moins inaccessible". [11]

L'état physique du conducteur :

La conduite d'engins par l'effort physique et l'attention soutenue qu'elle nécessite, réclame obligatoirement de l'individu une certaine aptitude dont la carence sera génératrice d'accident.

En effet les conséquences d'une crise épileptique ou celle d'une simple lipothymie surprenant un automobiliste à son volant sont dangereuses

Pour la conduite. Signalons également l'effet doublement néfaste des toxiques à la fois sur le plan physique et psychique. Les différents éléments intervenant chez l'homme sont donc complexes.

Le schéma de Michel ROCHE [18] résume les fonctions psychologiques de la conduite en trois stades:

1. Stade de perception, d'information
2. Stade d'interprétation
3. Stade d'action

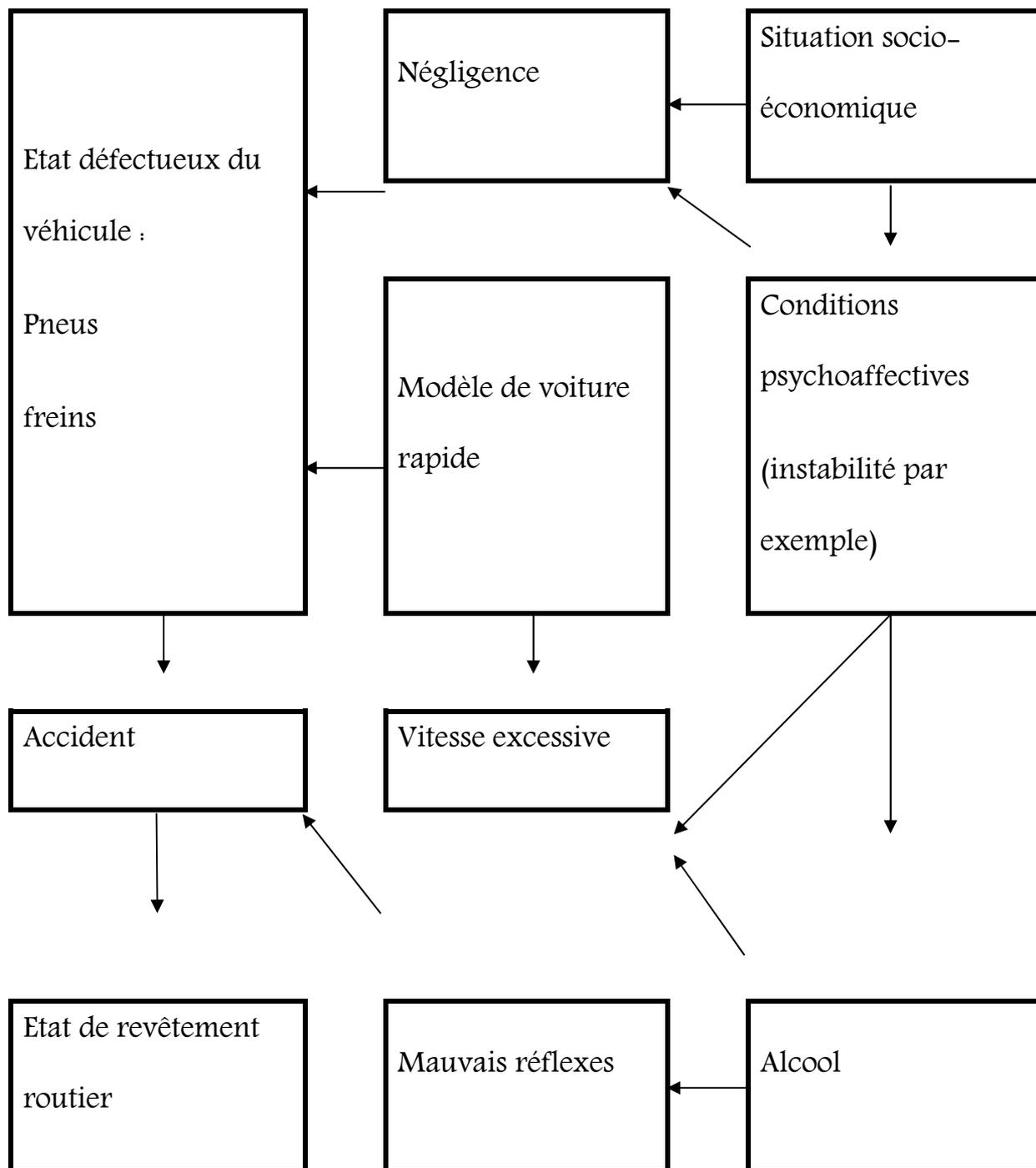


FIGURE 1: Multiplication et interaction des facteurs dans l'accident [18]

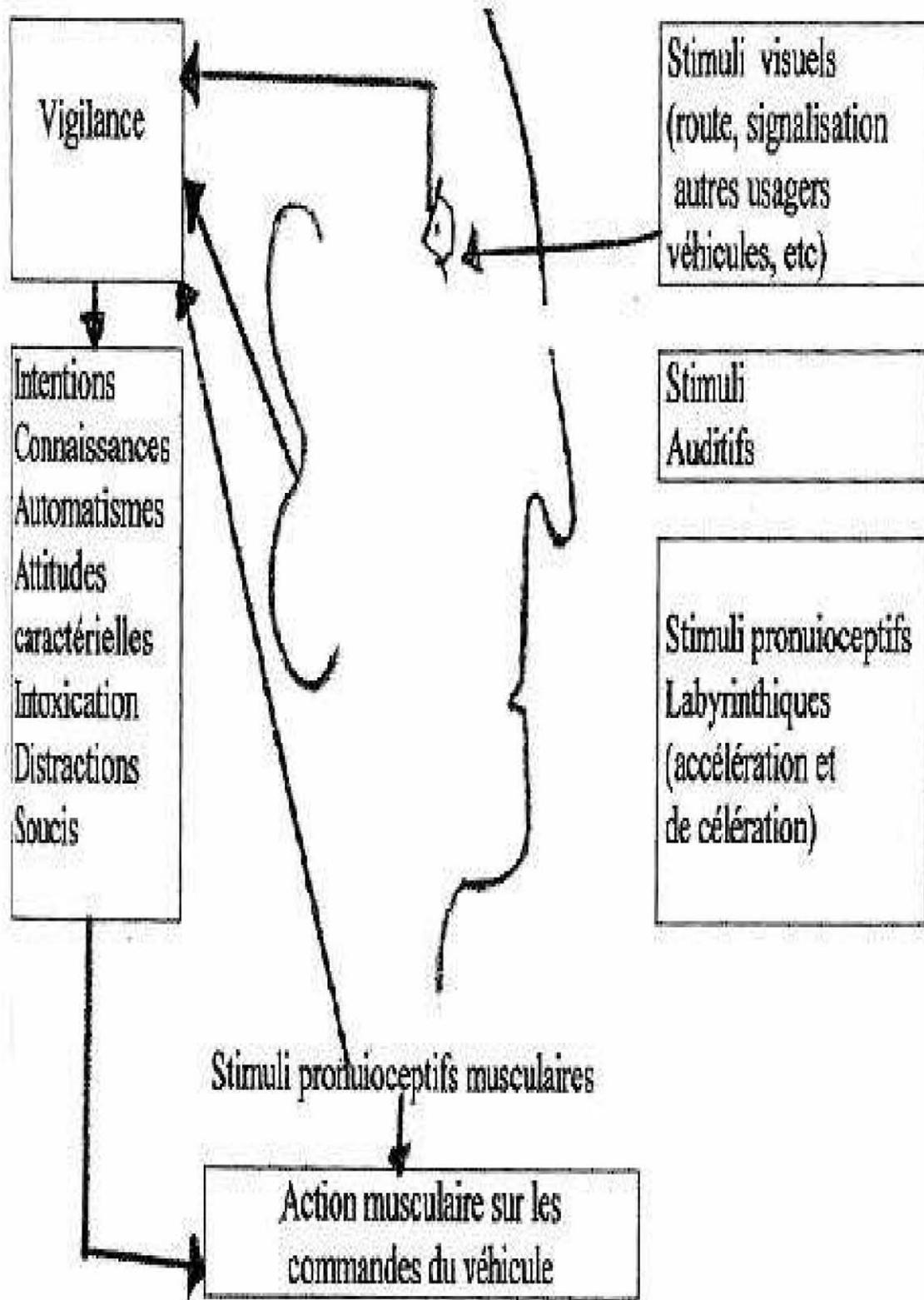


FIGURE 2 : Fonctions psycho-physiologiques de la conduite

Des véhicules à 4 roues ou à 2 roues [18]

c) Les causes liées à la route et à son environnement

Les statistiques françaises (Prof SICARD) accordent une incidence infime de 1.6% à la route et à son environnement dans la genèse des accidents de la voie publique [11].

Ce pourcentage doit être notablement majoré en ce qui concerne notre pays où certaines routes créées depuis trop longtemps, ne répondent plus aux critères de sécurité exigés et doivent être retracées.

On remarque souvent que les accidents sont dus:

- ❖ Au mauvais aménagement des croisements et des accotements.
- ❖ Aux virages dangereux.
- ❖ Aux obstacles mobiles (animaux en divagation ou gibiers)

2. Les causes des accidents au Mali [26]

Il ressort que les causes d'accident sont par ordre de fréquence décroissante:

- | | |
|--|--------|
| ❖ L'excès de vitesse | 27% |
| ❖ La traversée imprudente de la chaussée | 20,68% |
| ❖ Le dépassement défectueux | 18,49% |
| ❖ Le refus de priorité | 9,49% |
| ❖ L'imprudence des conducteurs | 7,5% |
| ❖ Les défaillances mécaniques apparentes | 3,65% |
| ❖ La circulation à gauche | 2,92% |

❖ Les manœuvres dangereuses	2,68%
❖ Les engagements imprudents	2,68%
❖ les changements brusques de direction	2,19%
❖ L'inobservation du panneau de stop	0,97%

Selon une étude du Docteur Tébéré N'GANGA au Cameroun: L'excès de vitesse, le dépassement défectueux, le refus de priorité sont dans cet ordre les principales causes d'accidents de la voie publique à Yaoundé [18]. Les statistiques de la sécurité routière en France accordent les proportions suivantes:

- ✚ Excès de vitesse: 14,5%
- ✚ L'inobservation des règles de priorité: 12%
- ✚ L'état alcoolique: 9%
- ✚ Inattention des conducteurs: 7,5% [26]

3. Les principaux facteurs de risques pour les accidents de la route et les traumatismes.

- Facteurs intervenant sur l'exposition à la circulation routière :
 - ✚ Les facteurs économiques, notamment le développement économique
 - ✚ Les facteurs démographiques, notamment l'âge, le sexe et le lieu d'habitation
 - ✚ L'aménagement du territoire qui intervient sur les trajets effectués par les populations (durée et moyen de transport)

- ✚ La présence simultanée sur les routes d'usager vulnérable et d'une circulation automobile à grande vitesse.
 - Facteurs de risque intervenant avant l'accident
- ✚ La vitesse inadaptée, excessive
- ✚ La consommation d'alcool ou de drogues
- ✚ La fatigue
- ✚ Le fait d'être un homme jeune
- ✚ Les déplacements de nuit
- ✚ L'entretien insuffisant du véhicule
- ✚ Les défauts dans la conception, l'implantation et l'entretien de la route
- ✚ Le manque de visibilité en raison des conditions météorologiques
- ✚ Les défauts de vision
 - Facteurs d'aggravation de l'accident
- ✚ Les caractéristiques individuelles, comme l'âge qui intervient dans la capacité du sujet de supporter la collision
- ✚ La vitesse inadaptée ou excessive
- ✚ Dans les véhicules, le fait de ne pas attacher la ceinture et de ne pas utiliser de dispositif de retenu pour les enfants
- ✚ Sur les deux-roues le fait de ne pas porter de casque homologué
- ✚ La présence d'objets particulièrement résistants sur les bas-côtés comme des piliers en béton

✚ L'insuffisance des dispositifs de protection sur les véhicules en cas de collision: airbags pour les occupants par exemple, et partie avant des véhicules conçus pour réduire les conséquences d'une collision avec un piéton.

- Facteurs d'aggravation des traumatismes après un accident:

✚ les retards dans la détection de l'accident et les transports vers les services de soins

✚ Les secours et l'évacuation des blessés (s'ils ne sont pas suffisamment performants)

✚ L'insuffisance des soins avant l'arrivée dans un établissement de santé

les incendies et les fuites des matières dangereuses.

4) Définition opérationnelle :

Les critères quantifiables et comparables dans notre contexte ont été adoptés :

➤ **L'activité :**

Pour chaque acte chirurgical nous avons eu à déterminer le nombre en faisant ressortir les actes programmés, urgents.

➤ **la notoriété :**

L'attraction des malades pour un service, la référence et la confiance qu'un médecin peut avoir pour un service hospitalier peuvent être quantifiées.

➤ **la technicité :**

Ce critère permet de mesurer le pourcentage des actes complexes par rapport aux actes simples.

➤ **La durée de séjour :**

Une durée moyenne du séjour témoigne d'un taux élevé de suites simples et d'une bonne organisation du service.

➤ **Evaluation**

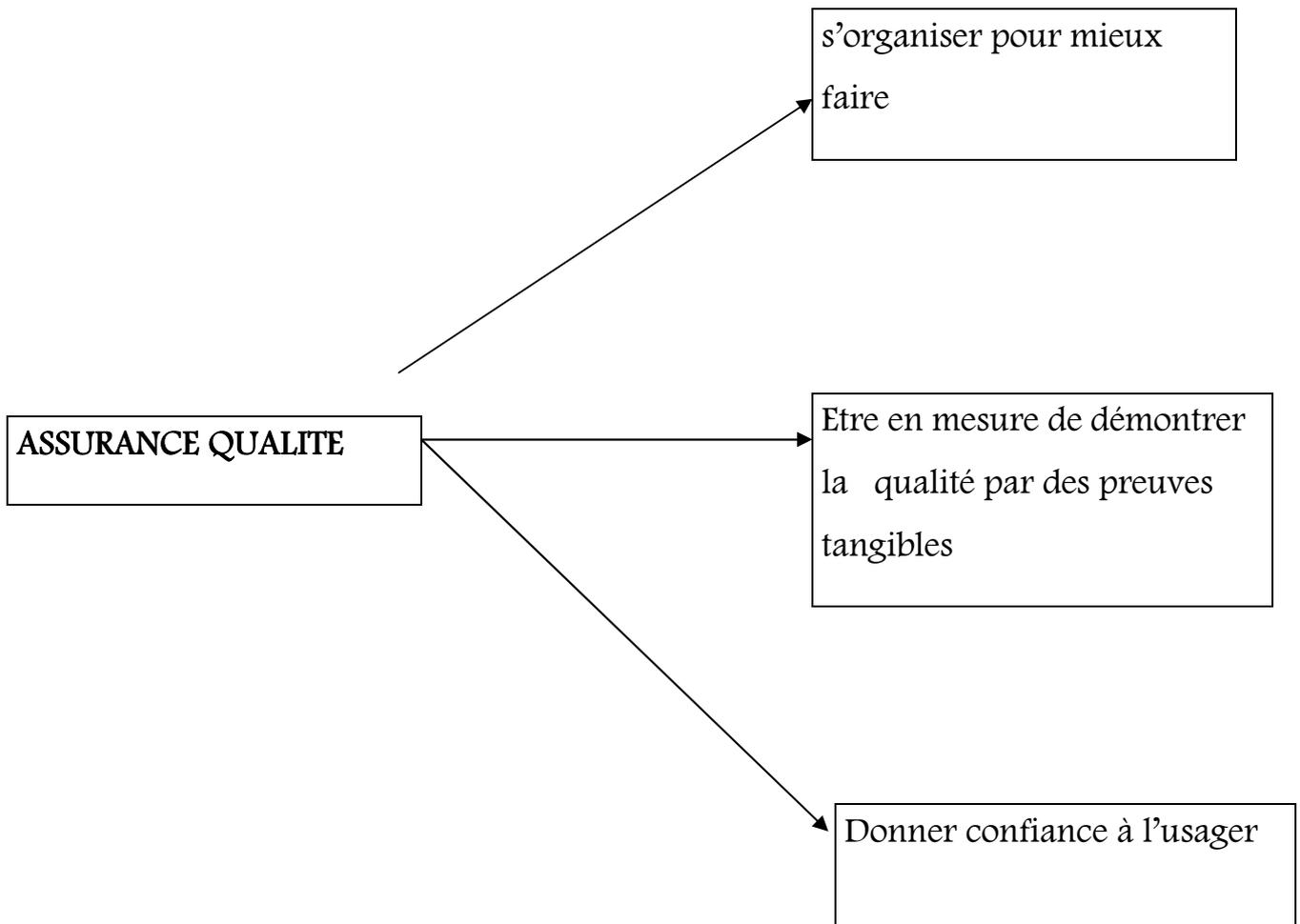
Selon le dictionnaire des termes français, évaluer c'est donner une valeur permettant de faire un jugement ou un classement. l'évaluation est l'action d'évaluer.

➤ **Qualité [19]**

elle est l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites du demandeur.

➤ **Assurance qualité [19]**

L'assurance qualité est la mise en œuvre d'un ensemble approprié de dispositions pré établies, systématique et destinées à donner confiance à l'obtention de la qualité requise.



5) Les données et les méthodes : (20)

Depuis 1966 Donabedian a défini les champs d'application de l'évaluation en santé ; En 1987 L'OMS a réactualisé ces différents domaines qui sont :

- ❖ L'évaluation des structures
- ❖ L'évaluation des stratégies
- ❖ L'évaluation des résultats

6) Evaluation des structures (20)

L'évaluation des structures de soins doit être abordée selon plusieurs axes ;

Les critères d'évaluation sont nombreux : activité, efficacité, qualité des soins, coût etc.

Ces quelques critères suffisent à illustrer la complexité potentielle de ce domaine d'autant plus que l'approche doit être centrée sur la prise en charge globale du malade. Elle va prendre en compte différents champs au sein d'une structure ;

➤ **La fonction hospitalière :**

- Fonction hospitalière
- Les fonctions administratives,
- Urgences et accueil,
- Plateaux médicaux techniques

➤ **Les pratiques et le fonctionnement de la structure sanitaire ;**

(Elle doit être centrée sur la prise en charge globale du patient).

➤ **Les pratiques professionnelles des catégories socioprofessionnelles**

➤ **Pratique médicale, paramédicales et administratives.**

6-1 : L'évaluation des ressources économiques (21)

L'évaluation des ressources économiques consiste en une appréciation du rapport entre les inputs (moyens mis en œuvre) et les outputs (résultats obtenus) selon Drummond en 1984. Soit la forme la plus achevée, celle de l'analyse coût - bénéfice, elle se donne pour objectif de vérifier si l'investissement (portant sur les biens non marchands) dégage un surplus social qui maximise la différence entre les bénéfices et les coûts pour la collectivité.

Elle est donc censée aider à déterminer les seuils au-delà desquels un effort médical ou sanitaire ne saurait plus socialement justifier (MOATTI 1988).

Elle procède en une analyse comparative de différentes alternatives d'action en termes de coûts et de conséquence. C'est ainsi qu'elle apprécie le coût global de la prise en charge d'une pathologie.

Le coût global se compose du coût direct et indirect. Le rôle de l'évaluation économique revient à apporter des éléments quantifiés d'appréciation de l'intérêt pour la collectivité d'une pratique médicale donnée et des modalités concrètes de sa mise en œuvre. L'évaluation doit donc mettre en balance le coût et les conséquences des pratiques médicales.

7) Evaluation des stratégies :

Actuellement on assiste à une évolution des moyens techniques et une augmentation des coûts de santé. Il est donc nécessaire d'établir le cadre permettant d'obtenir des réponses claires à des questions touchant à l'efficacité et à l'utilité des technologies.

Si l'on se réfère à la définition de l'Office of Technology Assessment (OTA) dans son sens le plus large cette démarche prend en compte la sécurité, l'efficacité expérimentale et pragmatique d'une technologie, son coût et son rapport coût- avantage [20].

L'évaluation des stratégies prend en compte des procédures mises en place pour aboutir à des diagnostics et à mettre en marche une thérapeutique pour compter un résultat satisfaisant. Donc il est nécessaire qu'une observation stricte des temps d'un examen clinique, la rapidité, l'efficacité de la démarche diagnostique et l'unité d'un examen complémentaire soient respectées.

8) Evaluation des pratiques [20]

L'évaluation des pratiques pour le professionnel de santé vise à développer un état d'esprit permettant de juger de manière objective l'écart qui existe entre ce que l'on est en droit d'attendre de la mise en œuvre des techniques et les résultats effectivement obtenus. Ce nouvel état d'esprit nécessite un apprentissage de la remise en cause des attitudes acquises. La démarche d'évaluation de la qualité des soins telle qu'elle est discutée sous le terme général d'audit clinique s'effectue selon les étapes suivantes :

- La sélection du thème de l'activité d'évaluation (identification des problèmes prioritaires).
- L'élaboration des critères de qualités des comportements dans la situation choisie (choix d'une attitude de référence).
- La description de la réalité (recherche de la présence ou de l'absence des critères de qualité).

- L'analyse des écarts entre la réalité et les critères de références, analyse des causes puis la recherche de solutions.
- L'évaluation de l'impact des mesures de correction sur la pratique médicale.

A coté de l'audit clinique existent d'autres indicateurs des résultats comme la détermination de la morbidité, de la mortalité et de la satisfaction du patient.

9) la satisfaction du patient [23]

L'évaluation de la satisfaction du patient doit tenir compte de niveau socio-économique, d'instruction et d'information sur l'évolution des techniques et procédés médicochirurgicaux.

Bien qu'étant un critère subjectif, elle permet de montrer au patient qu'il est le premier intéressé et sache que tel procédé est techniquement possible par rapport aux ressources mises à la disposition du professionnel de santé.

En conclusion : Cette présentation n'est que schématique. Elle a pour but de décrire les différents domaines, il est bien attendu que ces domaines doivent être étudiés parallèlement et c'est ce qui concourt à l'évaluation interne des établissements de soins, la recherche de la qualité globale et du meilleur service rendu au patient.

Le concept d'évaluation dans le domaine de la santé recouvre différents champs.

10) Les difficultés de l'évaluation de la qualité des soins [24]

Une politique de développement des systèmes de qualité doit tenir compte des avantages mais aussi des résistances que suscitent ce type de changement .Les actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité peuvent générer un changement profond qui touche à la fois la culture et les rapports sociaux au

sein des établissements de soins. L'adhésion de tous les professionnels à ce changement apparaît comme la condition du succès.

10-1) Aspects culturels [24]

L'évaluation peut être perçue comme un contrôle administratif. Elle peut être perçue comme une procédure de contrôle, voire une menace dans l'exercice quotidien d'une fonction.

Les professionnels de santé ont une conception de la qualité qui est parfois fondée sur la performance individuelle et perçoivent en ce cas mal les dimensions collectives du résultat du processus de soins. Le secret médical est parfois considéré comme menacé, le légitime attachement des médecins à la confidentialité des données et au secret médical sont parfois avancés comme argument de refus prudent.

10-2) Aspects sociologiques [24]

Le pouvoir à l'hôpital est partagé entre trois groupes professionnels :

- Administration
- Corps médical
- Personnel paramédical

Dans ces conditions les opérations de mise en place d'une démarche qualité des soins doit recevoir l'adhésion de tous, condition souvent difficile à obtenir ce qui retarde le développement de tel projet. Les services médicaux disposent d'une forte autonomie d'action qui leur donne la capacité de résister au changement, les services administratifs n'ont pas de compte à rendre aux travailleurs, l'adhésion des responsables administratifs et médicaux n'est pas suffisante pour développer un système qualité, il faut en plus celle responsables des services. Il faudra que chacun des trois groupes puisse faire « interface » avec les autres au niveau des services et de l'hôpital.

-3) le problème d'ordre éthique [24]

L'obstacle d'ordre éthique repose sur deux malentendus :

- Les véritables objectifs de la médecine et son champ d'action qui est nécessairement limité mais que l'on croit infini : « consoler beaucoup, soulager le plus souvent et guérir quelque fois ».
- Les agents de santé s'imaginent tirer profit des situations sans évaluation leur laissant ainsi tout pouvoir sur les malades et toute indépendance vis-à-vis de l'administration.

Le regain de situations conflictuelles entraîne une régression massive du « pouvoir médical ».



METHODOLOGIE

II/ METHODOLOGIE :

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude prospective et transversale.

2. PERIODE D'ETUDE

Notre étude a été effectuée durant douze mois du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013

3. CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie du CHU Gabriel TOURE de Bamako, qui constitue la référence au sein de la pyramide sanitaire nationale.

3.2. DESCRIPTION DU SERVICE DE TRAUMATOLOGIE

a°). Les locaux du service de chirurgie orthopédique et traumatologique

Le service est structuré comme suit :

► Unité de la traumatologie annexe

L'unité de la traumatologie annexe est composée de :

Un (1) bureau pour le chef de service ;

Un (1) secrétariat ;

Une (1) salle de staff.

► **Unité annexée au pavillon BENTIENI FOFANA**

Cette unité est composée de :

- Un (1) bureau pour un chirurgien traumatologue chef de service adjoint;
- Un (1) bureau pour le major;
- Une (1) salle de garde des thésards ;
- Une (1) salle de garde des infirmiers ;
- Une (1) salle de plâtrage ;
- Une Unité de Kinésithérapie
- Un (1) bloc opératoire commun avec le service de neurochirurgie et le service d'ORL.

b°). Le personnel du service de chirurgie orthopédique et traumatologique

Il est composé de :

- deux(2) Professeurs de chirurgie orthopédique et de traumatologie.
- Un chirurgien orthopédique et traumatologue contractuel
- Deux (2) internes des hôpitaux
- Deux (2) infirmiers d'état
- Une secrétaire du service ;
- Six (6) infirmiers du premier cycle ;
- Un (1) aide soignant ;
- Quatre Techniciens de surface ;

- Des étudiants enfin de cycle faisant fonction d'internes et des étudiants stagiaires de la Faculté de Médecine, et d'odontostomatologie (FMOS), de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) : ex EIPC, ex ESS, ex CSTS), de la croix rouge malienne.

c°). Les activités du service de chirurgie orthopédique et traumatologique

Elles comprennent :

- Les staffs présentés par les thésards tous les jours ouvrables.
- les interventions chirurgicales se déroulent tous les lundis, et mercredi
- les consultations externes du lundi au jeudi
- la programmation des malades à opérer à lieu tous les jeudis ;
- la visite des malades hospitalisés tous les jours ;
- la visite générale des malades hospitalisés avec le chef de service les vendredis ;
- les activités de plâtrage ont lieu tous les jours.

4. POPULATION D'ETUDE

Il s'agit de personnes accidentées de la voie publique admise au service d'accueil des urgences (SAU) qui ont nécessité une prise en charge par le service de traumatologie pendant la période d'étude.

5. PATIENTS

5.1. CRITERES D'INCLUSION :

- tous les patients ayant été victime d'accident de la voie publique admis au service d'accueil des urgences (SAU) puis prise en charge par le service de traumatologie et suivi dans le même service.

5.2. CRITERES DE NON-INCLUSION :

- Tous les patients n'ayant pas été victime d'accident de la voie publique ;
- Tous les Patients ayant signé la décharge.

Au total on a retenu 107 patients.

5.3. ECHANTILLONNAGE

Nous avons recruté systématiquement tous les patients victimes d'accident de la circulation routière admis au (SAU) et prise en charge par le service de traumatologie.

Les patients ont fait l'objet d'une fiche d'enquête individuelle recueillant les données administratives, médicales, thérapeutiques, financières et la satisfaction du patient à la fin de la prise en charge

Pour l'évaluation des structures et du personnel une 2^{ème} fiche d'enquête, recueillant le nombre de personnel, leur qualification, le nombre de lits de malade, le nombre de bureaux de consultation, le nombre de salle de garde, l'équipement et les différentes activités.

6. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

L'enquête s'est déroulée en 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2013 dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel TOURE.

7. RECUEIL DES DONNEES :

Le recueil a été fait à partir d'une fiche d'enquête dont l'exemplaire est porté en annexes.

Les dossiers des malades venus en consultation ou hospitalisés.

Registre du compte rendu opératoire

8. L'ANALYSE DES DONNEES ET SAISIES

Les données ont été analysées sur le logiciel SPSS 21.0 et les saisies du texte sur le logiciel Microsoft Word (office 2007).

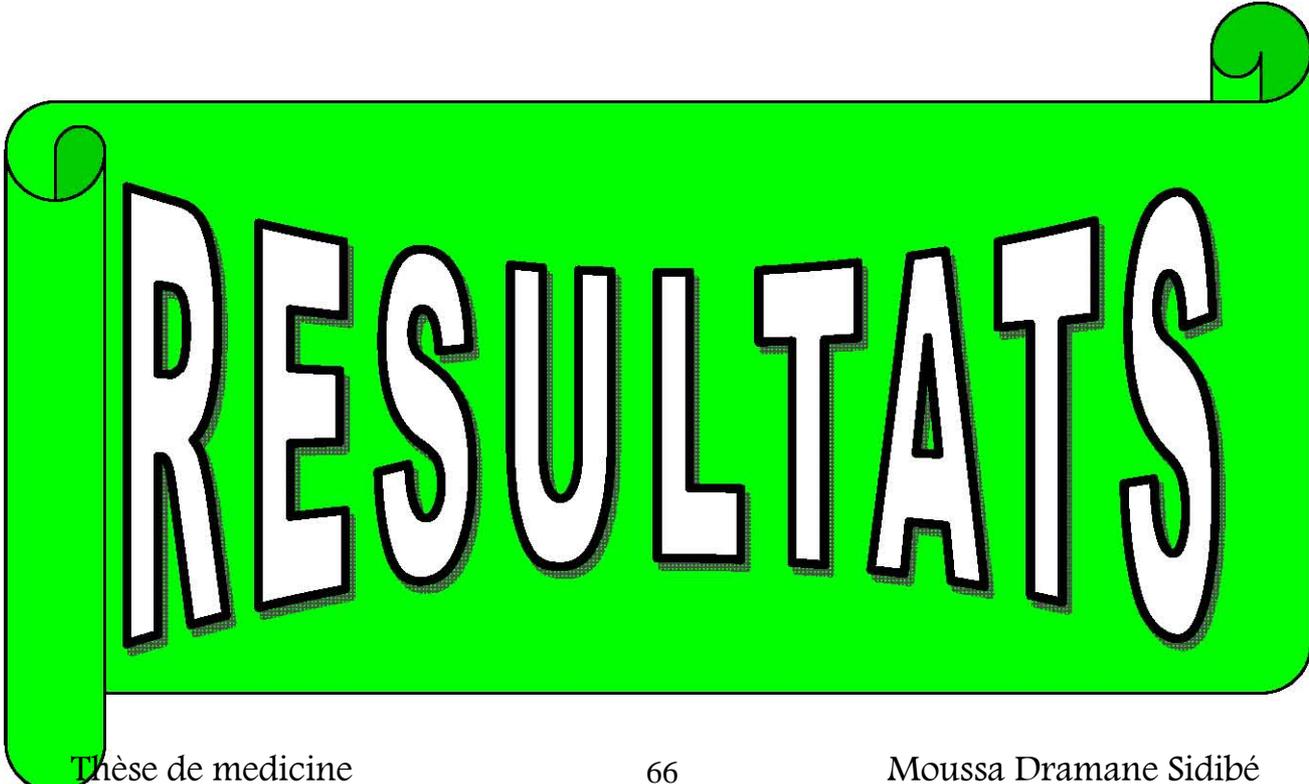
9. ETHIQUE :

Les bonnes pratiques sociales, clinique et para clinique ont été respecté

10 .CRITERE D'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS

Les résultats ont été appréciés bon, assez bon et mauvais selon ces différents critères.

Bon	Assez bon	Mauvais
Guérison sans séquelles	Guérison avec séquelles mineures	Séquelles handicapantes ou décès du patient



RESULTATS

III/RESULTATS :

III-1 EVALUATION DES RESSOURCES

III-1-1 LES STRUCTURES

Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré comprend une unité de consultation, une unité d'hospitalisation une salle de pansement et une salle de plâtrage. Le service compte 46 lits d'hospitalisation. Les lits sont repartis entre 3 catégories de confort d'hospitalisation allant de la 1^{re} à la 3^{ème} catégorie.

TABLEAU I a. ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION

SALLES ETAT	SALLES A;B ET C	SALLES E;;G;H;D	SALLE J	SALLE I
Nombre de lits	2par salle	4par salle	12	12
Distance entre les lits	1m	Lits collés 2 a 2	Lits 1m	Lits 1m
Matelas sans couverture	Oui	Oui	Oui	Oui
Murs	Sales	Sales	Sales	Sales

Toute les salles sont équipées de matelas sans couverture et ont des murs sales

TABLEAU 1b : ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION

SALLES ETAT	SALLES A;B ET C	SALLES E;G;H;D	SALLE J	SALLE I
-------------	-----------------	----------------	---------	---------

Toilette	Absente	Absente	Absente	Absente
Ventilation	Présente	Présente	Présente	Présente
Climatisation	Absente	Présente	Absente	Absente
Lumière	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne

Les salles D ; E ; G ; H sont climatisé ; aucune salles ne possède de toilette intérieur ; toute les salles sont ventilé et ont une bonne luminosité

TABLEAU 1c : ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION

SALLES ETAT	SALLES A;B ET C	SALLES E;G;H;D	SALLE J	SALLE I
Hygiène	Bonne	Bonne	Passable	Passable
Toile d'araignée plafond	Non	Non	Non	Non
Présence ustensiles et produits culinaires	Oui	Oui	Oui	Oui
Présence de mouches et de moustiques	Oui	Oui	Oui	Oui
Accompagnant dans les salles	2 ou +	2 ou +	2 ou +	2 ou +
Peinture	Sale	Sale	Sale	Sale

L'hygiène est plus ou moins présente dans toutes les salles

TABLEAU II : ORGANISATION DE LA CONSULTATION EXTERNE

Qualification du personnel	JOURS DE CONSULTATION			
	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI
Responsable	Chirurgien	Chirurgien	Chirurgien	Chirurgien
Nombre de CES	1	1	1	1
Nombre d'Interne	1	1	1	1
Début-consultation	08 H	08H	08H	08H
Salle d'attente	Couloir	Couloir	Couloir	Couloir

Toutes les consultations sont dirigées par un chirurgien traumatologue

III-1-2 EVALUATION DE L'EQUIPEMENT

TABLEAU III : ETAT DE L'EQUIPEMENT

EQUIPEMENTS	NOMBRE	DISPONIBLE	OPERATIONNEL	SUFFISANT
Bloc opératoire	1	Oui	Oui	Non
Table ordinaire pour bloc opératoire	1	Oui	Oui	Non
Boite d'ostéosynthèse	02	Oui	Oui	Non
Boite pour partie molle	03	Oui	Oui	Non
Appareil d'anesthésie	01	Oui	Oui	Non
Amplificateur de brillance	00	Non	Non	Non
Boite de pansement	00	Non	Non	Non
Tensiomètre	00	Non	Non	Non
Table de pansement	01	Oui	Oui	Non
CHARIOT	01	Oui	Oui	Non
POUBELLE	03	Oui	Oui	Non

Le service ne dispose ni d'amplificateur de brillance ni de boite de pansement

III-1-3 EVALUATION DU PERSONNEL

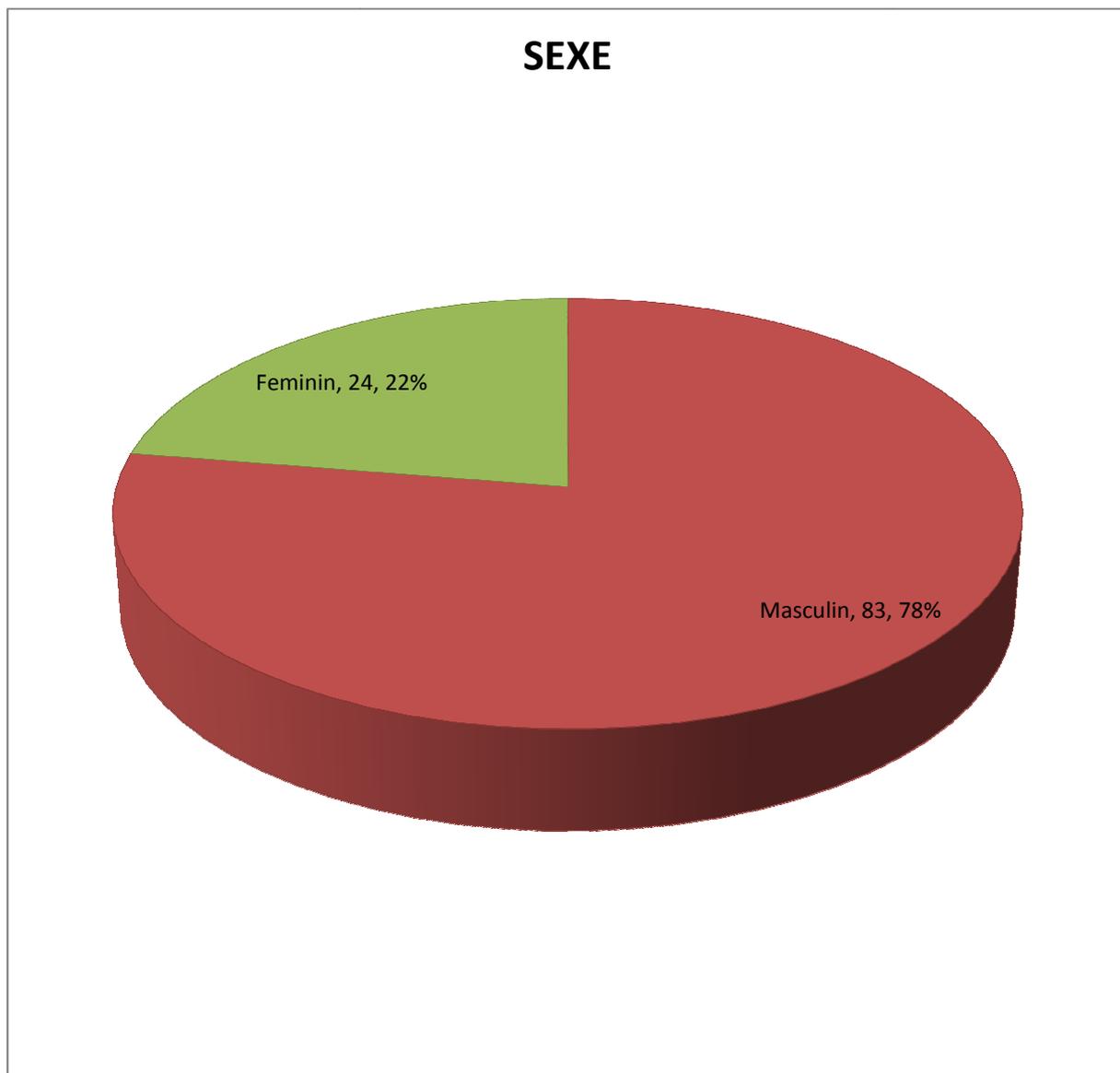
TABLEAU IV. Ressources Humaines

PERSONNELS	EFFECTIFS
CHIRURGIENS	3
INTERNES	2
INFIRMIER D'ETAT	2
INFIRMIER DU PREMIER CYCLE	6
AIDE SOIGNANT	1
SECRETAIRE	1
TECHNICIENS DE SURFACE	4
PERSONNEL DU BLOC OPERATOIRE	2
TOTAL	21

Le service dispose de 3 chirurgiens.

+III-2-1-DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES PATIENTS

Figure 1 : REPARTION SELON LE SEXE



Le sexe masculin a été prédominant avec 83 cas soit 78% des cas avec un sexe ratio 3,46 en faveur des hommes.

TABLEAU V : REPARTITION SELON LA TRANCHE D'AGE

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
0-10 ans	8	7,5
11-20 ans	41	38,3
21-30 ans	35	32,7
31-40 ans	18	16,8
41-50 ans	3	2,9
51-60 ans	1	0,9
61-70ans	1	0,9
Total	107	100

La tranche d'âge de 10 à 20 ans a représenté 38,3%.

La moyenne d'âge était de 23,03 ans avec des extrêmes de 10ans et 70ans.

TABLEAU VI : REPARTITION SELON LA PROVENANCE

Provenance	Effectifs	Pourcentage
commune 1	18	16,8
commune 2	17	15,9
commune 3	11	10,3
commune 4	11	10,3
commune 5	14	13,1
commune 6	16	14,9
Kayes	10	9,3
Koulikoro	2	1,8
Sikasso	3	2,8
Tombouctou	1	0,9
Autres	4	3,7
Total	107	100

La commune 1 a enregistré le plus grand nombre d'accident avec 16,8% des cas.

TABLEAU VII : REPARTITION SELON LA PRINCIPALE ACTIVITE

Profession	Effectifs	Pourcentage
Commerçant(e)s	14	13,1
fonctionnaires	21	19,6
Ouvrier (e)s	8	7,5
Cultivateurs	6	5,6
Elève/étudiant(e)s	30	28,0
Militaires	3	2,9
Pompistes	4	3,7
Tailleurs	4	3,7
Ménagères	9	8,4
Autres	8	7,5
Total	100	100

Les élèves et étudiants étaient les plus nombreux avec 28% des cas.

TABLEAU VIII : REPARTITION SELON LE REVENU

gain journalier	Effectifs	Pourcentage
<542	38	35,5
542-2750	42	39,3
2750-5420	23	21,5
>5420	4	3,7
Total	107	100

Dans notre étude la majorité des patients (39,3%) avaient un revenu moyen.

Revenu faible = malade qui gagne moins de 542 F CFA par jour.

Revenu moyen = malade qui gagne entre 542F et 2750F CFA par jour.

Revenu élevé = malade qui gagne plus entre 2750F et 5420F CFA par jour.

Moyen de transport	Effectifs	Pourcentage
protection civile	81	75,7
véhicule personnel	16	15
Taxi	10	9,3
Total	107	100

Revenu très élevé = malade qui gagne plus de 5420 F CFA par jour.

TABLEAU IX: MOYEN DE TRANSPORT VERS LES STRUCTURES HOSPITALIERES

75,7% de nos patients sont arrivés à l'hôpital dans l'ambulance de la protection civile

TABLEAU X : REPARTITION SELON L'ANTIBIO-PROPHYLAXIE

Antibio-prophylaxie	Effectifs	Pourcentage
Oui	46	42,99
non	61	57,01
Total	107	100

Dans notre étude 42,99% des patients ont bénéficié d'une Antibio-prophylaxie ce qui représente le nombre de patients ayant une plaie.

TABLEAU XI : REPARTITION SELON LA METHODE DE TRAITEMENT

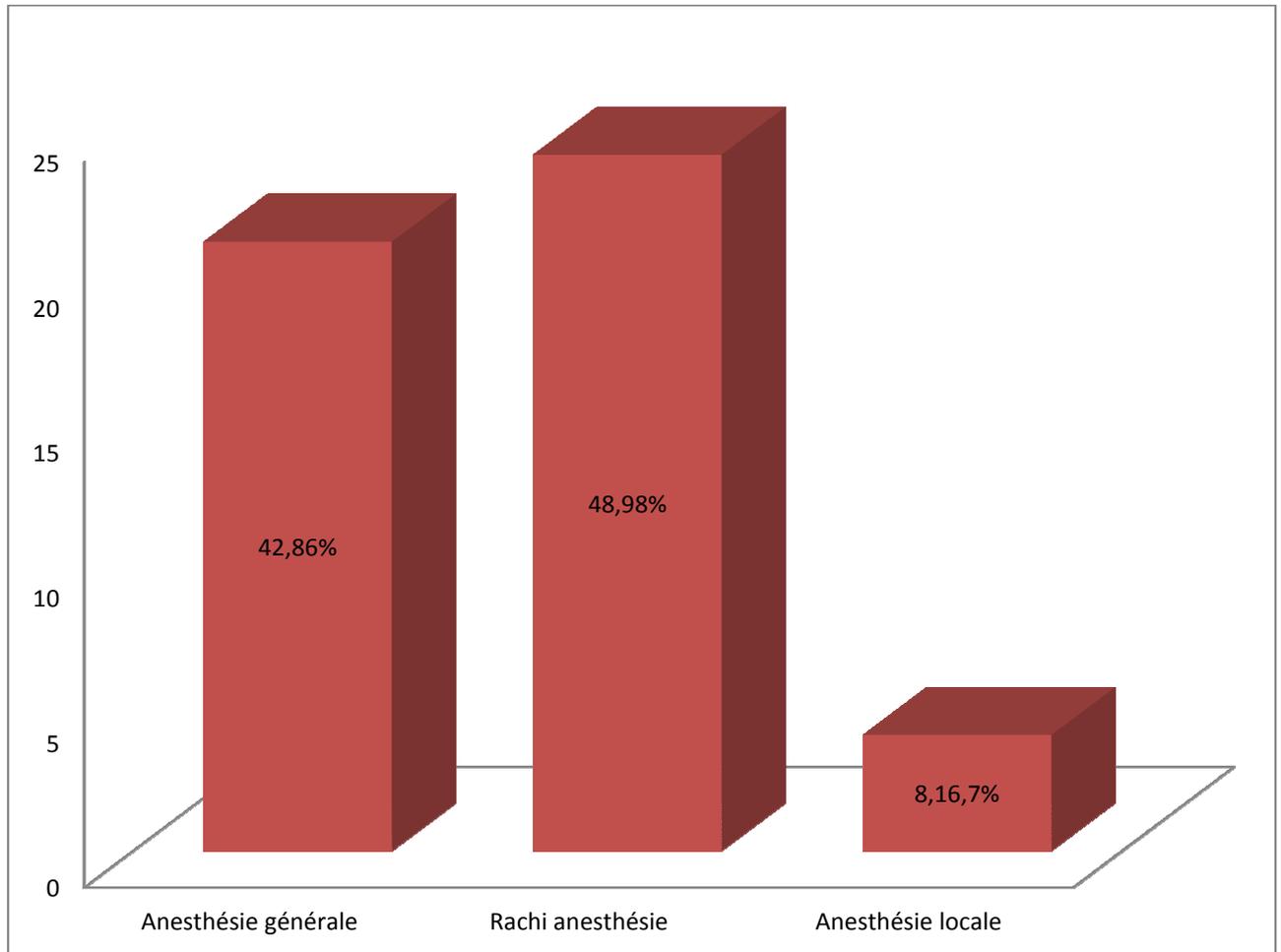
Méthode de Traitement	Effectifs	Pourcentage
Chirurgical	49	45,8
Orthopédique	58	54,2
Total	107	100

La majorité de nos patients (54,2%) ont bénéficié d'un traitement orthopédique.

NB : La radiographie standard été l'examen complémentaire demandé pour tous nos patients ensuite le bilan biologique pour tous les patients opéré et la TDM pour tous les patients ayant un traumatisme cérébral.

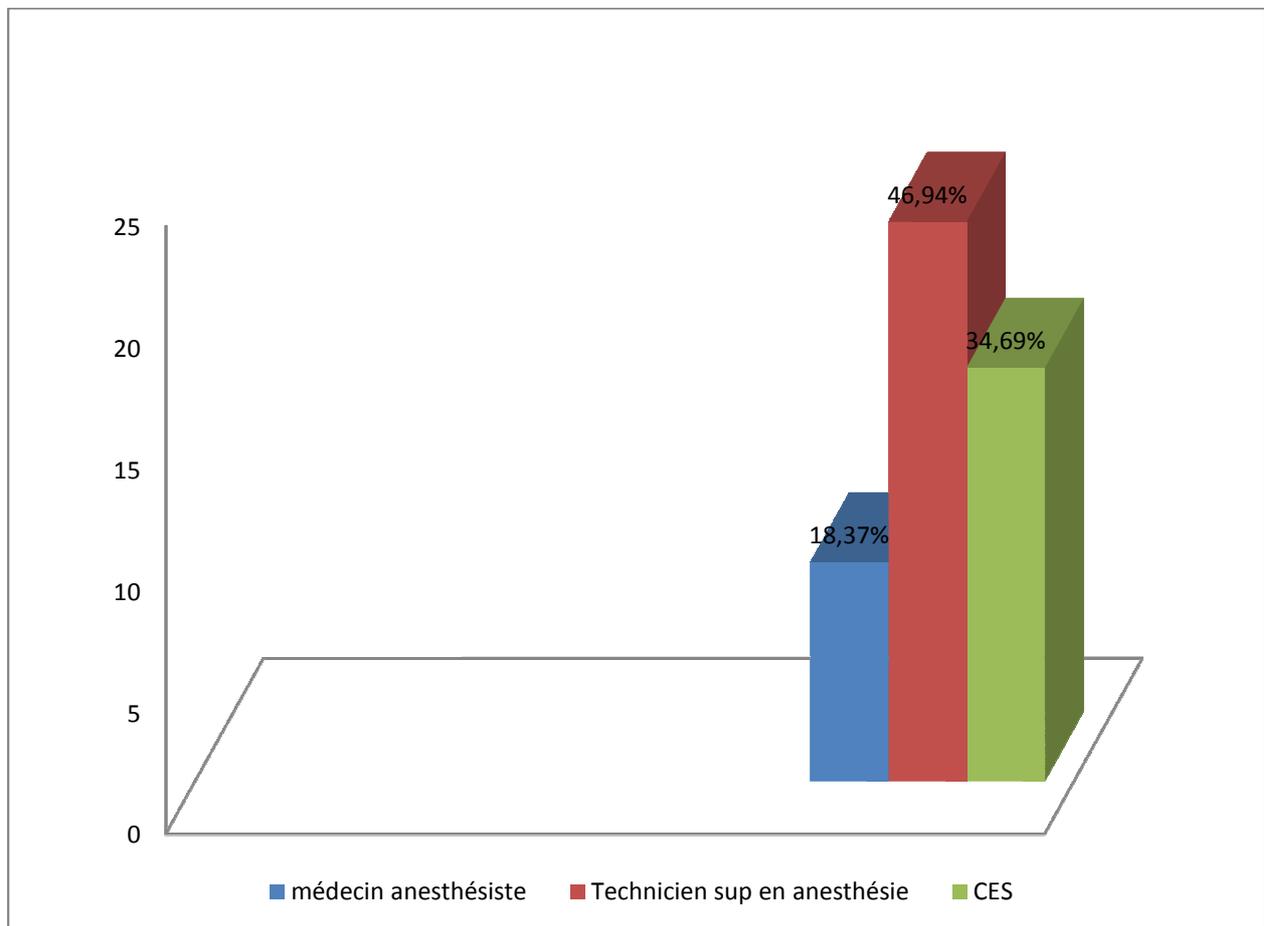
III-3-TRAITEMENT CHIRURGICAL

Figure 2: REPARTITION SELON LE TYPE D'ANESTHESIE



La rachi anesthésie a été le type d'anesthésie le plus utilisé avec 48,98% des cas.

Figure3 : PROFIL DE L'ANESTHESISTE



Les techniciens supérieur en anesthésie réanimation ont été les plus grands opérateurs avec 46,94% des cas.

TABLEAU XII . REPARTITION SELON LA DUREE DE L'INTERVENTION

durée de	Effectifs	Pourcentage
20mn	8	16,33
1h	1	2,04
1h20mn	16	32,65
2h	6	12,24
2h20mn	12	24,49
3h	5	10,20
3h20mn	1	2,04
Total	49	100

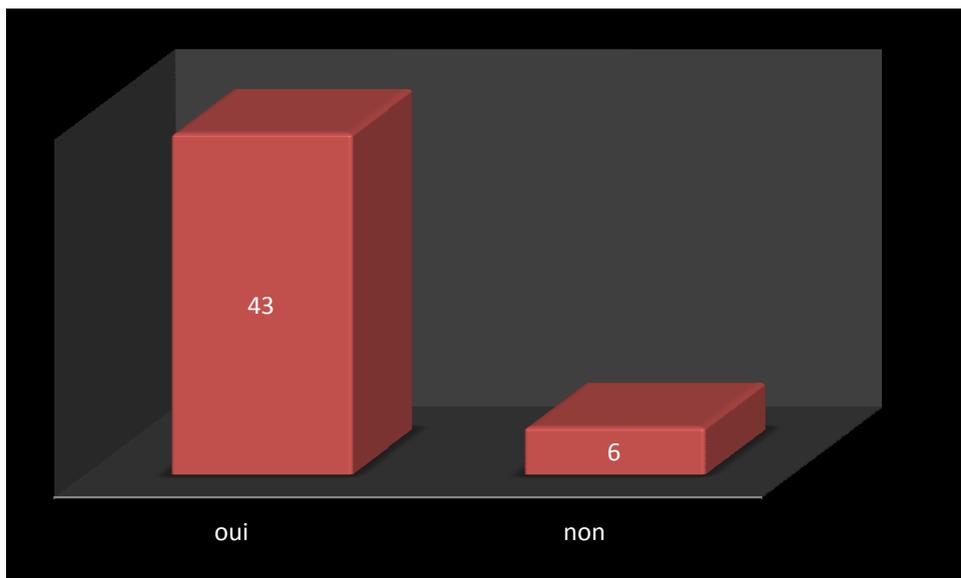
La durée maximale de l'intervention a été 1h20mn avec 32,65% des cas.

TABLEAU XIII : REPARTION SELON LA DUREE EN SALLE DE REVEIL

durée de en salle de réveil	Effectifs	Pourcentage
20mn	8	16,33
1h	1	2,04
1h20mn	16	32,65
2h	6	12,24
2h20mn	12	24,49
3h	5	10,20
3h20mn	1	2,04
Total	49	100

La durée maximale en salle de réveil a été **1h20mn** avec 32,65% des cas.

Figure 4 : REPARTITION SELON LA SASTISFACTION DE L'OPERATEUR



Parmi les 49 interventions les chirurgiens ont déclaré être satisfaits de l'intervention dans 87,75% des cas.

TABLEAU XIV : REPARTITION SELON LES COMPLICATIONS

complications	Effectifs	Pourcentage
ostéite	1	0,93

infection cutanée	1	0,93
sans complication	105	98,14
Total	107	100

Les complications ont été une ostéite et une infection cutanée.

NB : Dans notre étude nous n'avons pas enregistré de décès opératoire

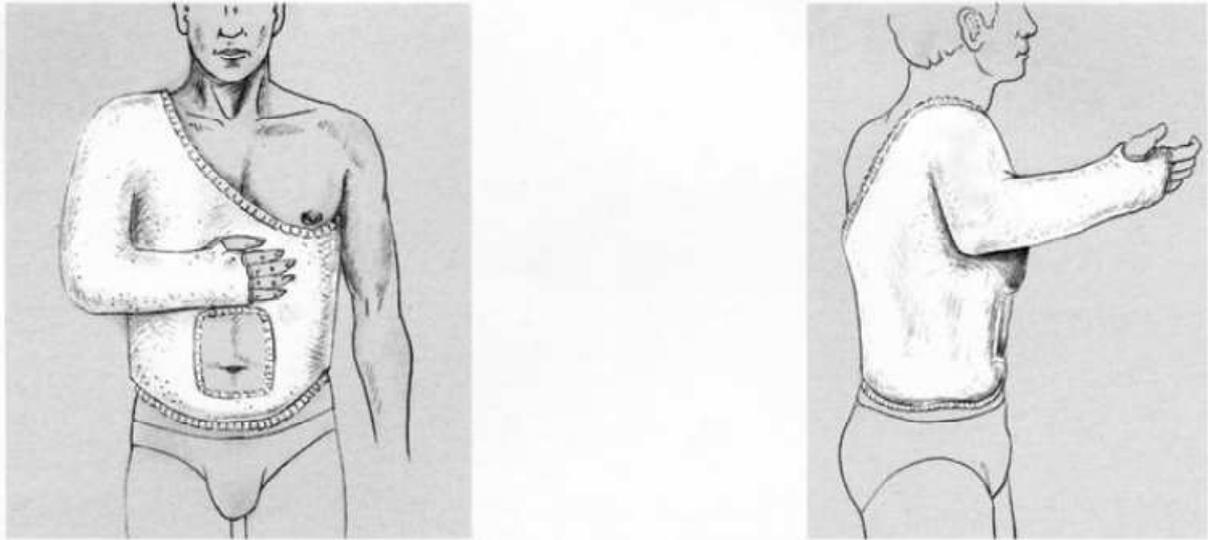
III-4-TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

Dans notre étude 54,21% des patients ont bénéficié d'un traitement orthopédique.

Ce traitement était constitué de plâtrage et de traction transfémorale.

Parmi les différents types de plâtrage les plus fréquemment utilisés étaient :

FIGURE 5 : PLATRE THORACOBRACHIAL



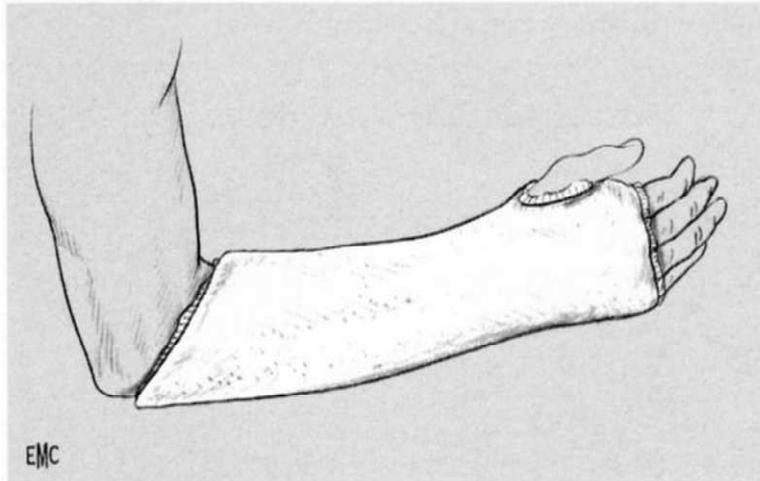
Ce type de plâtrage est utilisé pour les luxations de l'épaule ; les fractures de l'extrémité latérale de la clavicule ; l'extrémité supérieur de l'humérus

FIGURE 6 : PLATRE BRACHIO-ANTEBRACHIO-PALMAIRE



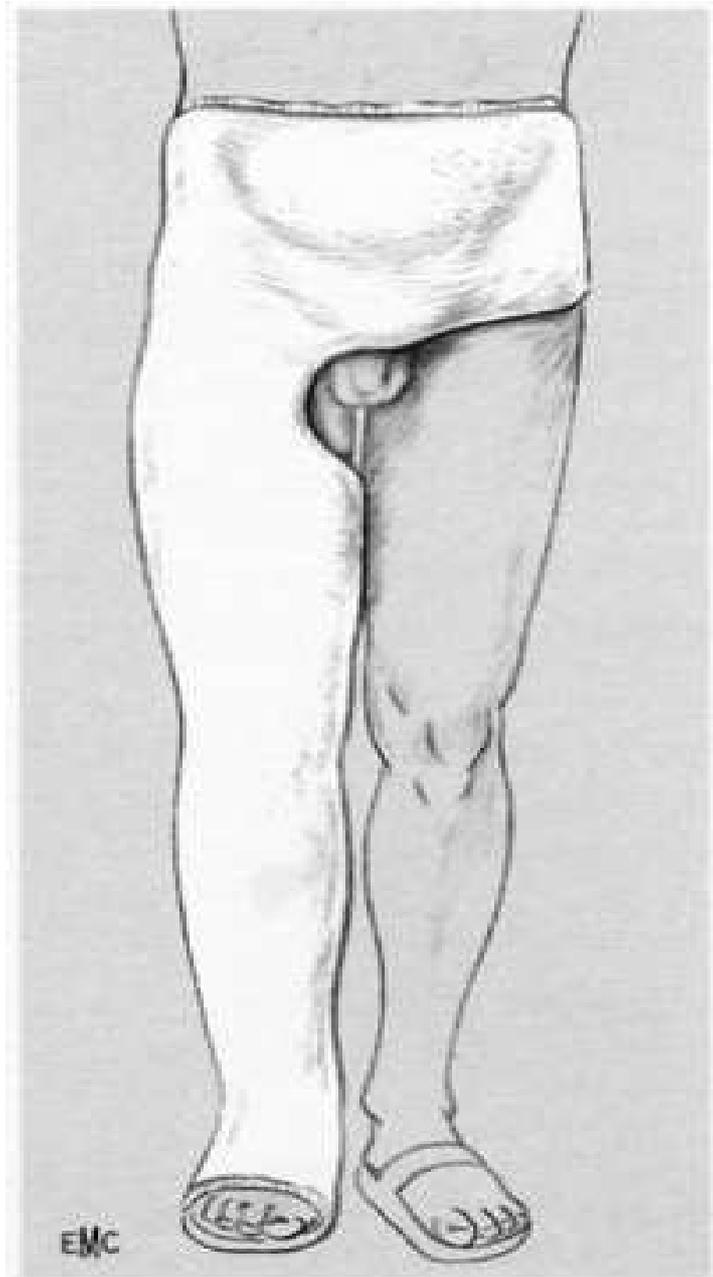
Ce type de plâtre est utilisé en cas de luxation du coude ; de fracture isolé de l'extrémité distale du radius ; de luxation du poignet ;

FIGURE 7 : MANCHETTE PLATREE



Ce type de plâtre est utilisé pour les fractures des carpes et des phalanges

FIGURE 8 : PLATRE PELVIPEDIEUX



Ce type de plâtre est utilisé le plus souvent chez les enfants de moins de 6ans
dans les fractures du fémur

FIGURE 9: PLATRE CRUROPEDIEUX



Ce type plâtre est utilisé en cas de luxation ou d'entorse du genou ; de fracture fermée isolée ou des deux os de la jambe

FIGURE 10. BOTTE PLATRE



Répartition	Effectifs	Pourcentage
Hospitalisé	71	66,36
Non hospitalisé	36	33,64

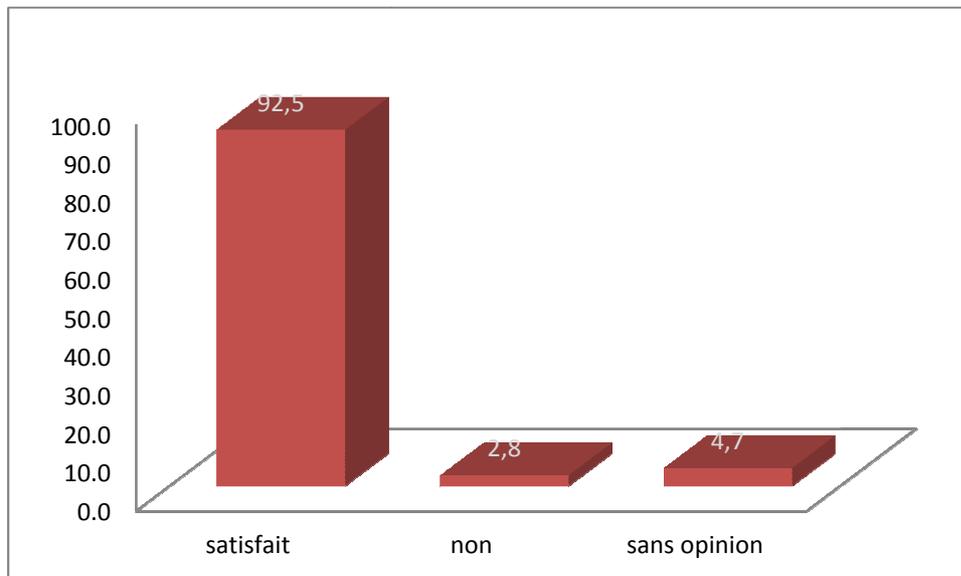
TABLEAU XV : REPARTITION SELON L'HOSPITALISATION

Dans notre étude 66,36% des patients ont été hospitalisé.

Total	107	100
-------	-----	-----

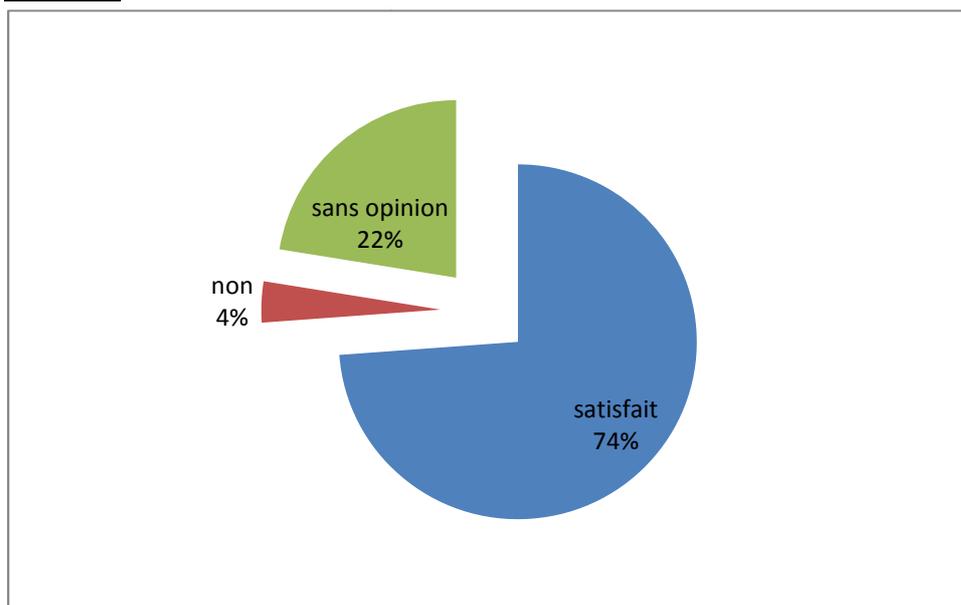
SATISFACTION DU PATIENT

FIGURE 11 : APPRECIATION DU MALADE SUR L'ACCUEIL



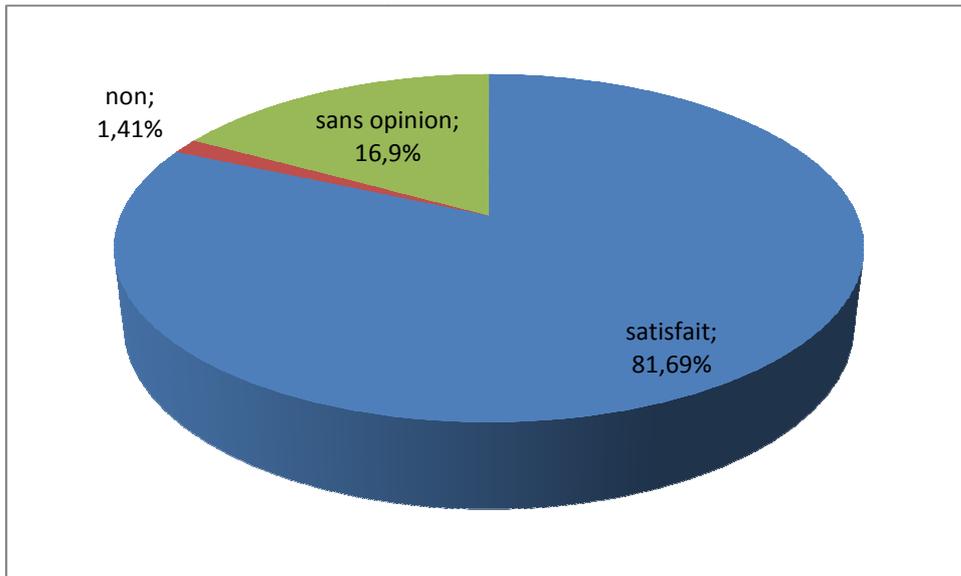
Dans notre étude 92,5% des patients ont déclaré être satisfait de l'accueil.

FIGURE 12 : APPRECIATION DU MALADE SUR LES SOINS



Dans notre étude 74% des patients étaient satisfait des soins.

FIGURE 13 : APPRECIATION DU MALADE SUR L'HEBERGEMENT



Dans notre étude 81,69% des 71 patients hospitalisés étaient satisfait de la qualité de l'hébergement.

TABLEAU XVI : APPRECIATION SUR LES TOILETTES

Satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Satisfait	55	77,46
Non	10	14,08
sans opinion	6	8,45
Total	71	100

Dans notre étude 77,46% des patients étaient satisfait des sanitaires.

TABLEAU XVII : APPRECIATION DU MALADE SUR LA DUREE DU SEJOUR

Satisfaction	Effectifs	Pourcentage
Satisfait	57	80,28
Non	6	8,45
sans opinion	8	11,27
Total	71	100

Dans notre étude **80,28%** des patients étaient satisfait de la durée de leur séjour hospitalier

TABLEAU XVIII. REPARTITION SELON LA REEDUCATION

Rééducation	Effectifs	Pourcentage
Oui	102	95,3
Non	5	4,7
Total	107	100

95,3% des patients ont bénéficié d'une rééducation.

Résultat finaux	Effectifs	Pourcentage
Bon	106	99,1
Mauvais	1	0,9
Total	107	100

TABLEAU XIX : RESULTAT FINAL

Dans notre étude **99,1%** des cas les résultats étaient bon.

COMMENTAIRES

Thèse de médecine



100

Moussa Dramane Sidibé

DISCUSSIONS

I) METHODOLOGIE

Notre étude portait sur l'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients victimes d'accident de la circulation routière dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré durant la période allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2013.

La méthodologie utilisée a permis à l'enquêteur de participer lui-même à l'élaboration des dossiers des malades, car c'est une étude prospective.

Les dossiers sont dans ce cas beaucoup plus facilement exploitables et les données plus fiables.

Cependant au cours de la réalisation de ce travail nous avons rencontré les difficultés suivantes :

La non compréhension du but de notre travail aussi bien par les malades que par les personnels a été une des majeures difficultés.

L'insuffisance du plateau technique du CHU Gabriel Touré rendant impossible la réalisation de certains examens complémentaires (bilan biologique et échographique pendant la nuit) et retardant ou annulant certaines interventions.

II) EVALUATION DES RESSOURCES

II-1 : ETAT DES LIEUX

☞ ETAT DES SALLES D'HOSPITALISATION

Le service est un ancien bâtiment du temps colonial ; Au niveau de celles-ci nous avons recensé un certain nombre d'insuffisance tels que :

- une insuffisance de salle d'hospitalisation
- un nombre insuffisant de lits d'hospitalisation
- une absence d'armoire et de toilette dans les salles
- une absence de téléphone pour faciliter l'accès du personnel aux patients
- une absence de salle à manger et un lieu d'accueil des accompagnants
- l'insalubrité des salles
- Le nombre élevé d'accompagnant dans les salles

☞ LE PERSONNEL

Au cours de notre étude le service comptait 3 chirurgiens .Ce qui faisait un chirurgien pour 15 lits. Par manque de moyens financiers ces chirurgiens ont des difficultés à participer aux colloques et séminaires dans d'autres pays ou d'être abonnés à des revues. Cependant la formation continue était assurée par:

- le staff quotidien du service
- le staff hebdomadaire du Département de Chirurgie

De même que les chirurgiens, les infirmiers ont des difficultés à participer aux colloques et séminaires dans d'autres pays ou d'être abonnés à des revues à plus forte raison de se spécialiser dans certains domaines pouvant améliorer la qualité des soins.

☞ ETAT DE L'EQUIPEMENT

Notre étude a permis de faire ressortir une insuffisance de l'ensemble de l'équipement.

III) RESULTATS :

TABLEAU XX : SEXE ET AUTEURS

AUTEURS	Masculin	Féminin
Barbara ME, Suisse 2008[1] n=1946	702	1244
Thomas V, Suisse, 2008 [2] n=1413	614	86
Dembélé, Mali, 2001 [9] n=391	120	141
Alexander KS, Amérique ,2007[3] n=803	424	379
Ulrica Nilsson, Suède 2009 [12] n=193	51	92
Kanté A, Mali, 2005 n=200	155	145
Notre série N=107	83	24

Le sexe masculin a été le plus représenté dans notre étude ainsi que chez Kanté A, Dembélé [9], et Alexander KS (Amérique, 2007 [3]). Par contre les femmes ont été les plus nombreuses dans les séries européennes (1, 2, 3). Ceci pourrait s'expliquer par le profil des usagers de la route ainsi qu'à une prise de risque

plus élevé chez les hommes.

TABLEAU XXI. MOYENNE D'AGE ET AUTEURS

AUTEURS	AGE MOYEN	EFFECTIF
Elfried B, Allemagne 2005 [4]	65 ans	137
Père Rebesa, Espagne2008 [5]	60,5 ans	3807
Barbara M E, Suisse 2008[1]	53,9 ans	1946
Ulrica Nilsson, Suède 2009 [12]	51,15 ans	193
Dembélé, Mali, 2001 [9]	41,3 ans	391
Kanté A, Mali, 2005	37,6 ans	200
Notre étude	23,03ans	107

Nous avons trouvé un âge moyen de **23,03ans** est relativement la moitié de celle retrouvée dans les séries européennes (4, 5, 1) qui rapportaient respectivement 65 ans ; 60,5ans et 53,9ans. Cette différence peut être liée à la jeunesse de la population malienne dans laquelle 50%des habitants ont moins de 15 ans [18].

TABLEAU XXII : Moyen de transport des blessés

moyen d'acheminement	Effectif	pourcentage
protection civile	81	75,7
véhicule personnel	16	15,0
Taxi	10	9,3
Total	107	100,0

Dans notre étude 75,7 % des patients sont arrivés à l'hôpital à bord de l'ambulance de la protection civile. Ce qui veut dire que 24,3% sont venus d'eux même. Ceux-ci peuvent s'expliquer par la lenteur prise par les ambulances de la protection civile à arriver sur les lieux de l'accident. Ces autoréférences des malades sont contraires aux objectifs de la pyramide sanitaire qui veut que les malades qui viennent consulter soient référés. Ces faits peuvent augmenter le risque de survenu de complication. Par conséquent elles peuvent être une cause d'insatisfaction des malades.

TABLEAU XXIII . ANTIBIOPROPHYLAXIE ET AUTEURS

AUTEURS	ANTIBIOPROPHYLAXIE
Dembélé, Mali, 2001 [9] n=391	375 (95,90%)
Blanchard, France, 2003 [20] n=237	140 (59%)
Blanchard, France, 2004 [20] n=414	273(64,7%)
Blanchard, France, 2005 [20] n=320	135(79,7%)
Kanté A, Mali, 2005 n=200	68(14,7%)
Notre étude N=107	46(43%)

L'Antibio-prophylaxie est un des piliers de la prévention des infections.

Notre taux de 43% est inférieur à celui rapporté par d'autres européens [20]

59%; 79,7% et Malien [9]=95,90% tandis qu'il est supérieur à celui de Kanté A,

Mali, 2005(14,7%).ceci pourrait s'expliquer par le nombre de traumatisme

ouvert dans notre échantillon.

TABLEAU XXIV : COMPLICATIONS POST OPERATOIRES ET AUTEURS

AUTEURS	COMPLICATION POST OPERATOIRES
Karamarie F, Amérique, 2008[6]	2,1%
Elfried B, Allemagne 2005 [4] n=137	3,6%
Daniel D, Suisse 2004 [7] n=6336	16,4%
Dembélé, Mali 2001 [9]	10,85%
Santina, Barcelone, 2009[19]	1,88%
ANEH, Mali, 2006 [51]	13,68%
Kanté A, Mali, 2005	7,3%
Notre série	4,08%

La survenue d'une complication post opératoire (CPO) peut influencer la satisfaction du malade .Dans les pays africains le taux de complication post opératoire rapporté est élevé et varie de 7,3 à 10,85% [1,9].Notre taux de

4,08% complication post opératoire est statistiquement supérieure à celui de Santana [19]. Cette différence serait due à une insuffisance de notre système de santé, à une insuffisance d'hygiène au niveau du bloc opératoire et des salles d'hospitalisation et avec le nombre des accompagnants qui était au moins deux par malade.

TABLEAU XXV: DUREE OPERATOIRE ET AUTEURS

AUTEURS	Dembélé, Mali	Avril A, France	Kanté A, Mali, 2005	Notre série
DUREE OPERATOIRE	2001 [9]	1993 [5]		
<60mn	49,6% (194)	28%	80,9%	16,33%

60-120mn	36,85%(144)	28%	12,8%	46,94%
>120mn	13,55%(53)	18%	0,3%	36,73%

AVRIL A. [5] a défini la durée opératoire comme étant la période écoulée entre l'induction et la sortie du bloc opératoire. Ce temps a été inférieur à 60 minutes chez 16,33% de nos patients.

TABLEAU XXVI . SATISFACTION DE L'OPERATEUR ET AUTEURS

AUTEURS	SATISFACTION DE L'OPERATEUR
Thomas V, Suisse [2] n=1413	90,7%
Canoui Poitrine F, France 2008 [8] n=682	92,3%
Dembélé, Mali ,2001 [9] n=391	97,4%
Kanté A, Mali, 2005 n=200	98%
Notre série n=107	87,76%

La mesure de la satisfaction des opérateurs tout comme celle des patients est un indicateur de la qualité des soins. Notre taux de satisfaction de 87,76 est inférieur à celui de Canoui [8] et Dembélé [9] qui rapportaient respectivement 92,3% et 97,4%. ceci pourrait s'expliquer par notre échantillon plus petit.

TABLEAU XXVII. SATISFACTION GLOBALE DES PATIENTS ET AUTEURS

AUTEURS	SATISFACTION GLOBALE
Barbara, ME, Suisse 2008[1] n=1946	19,4%
Canoui Poitrine F, France 2006 [8] n=503	91,3%
Ennigrou, Tunisie 2005[18]	72,7%
Dembélé, Mali 2001 [9] n=391	93,55%
Kanté A, Mali, 2005 n=200	94%
Notre série n=107	98,13%

L'inclusion de l'opinion des patients dans l'évaluation de la qualité des soins a pris de l'importance depuis une vingtaine d'année et a été adoptée par les établissements comme un indicateur de la qualité des soins. Notre taux de satisfaction globale de 98,13% ne présente pas de différence statistiquement significative de celui de Dembélé, Mali 2001 [9] Kanté A, Mali, 2005 qui

rapporlaient respectivement 93,55% et 94%.



CONCLUSION
&
RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

Aborder la qualité des soins n'est pas facile, pourtant, des bonnes mesures de la qualité existent et de grandes marges de progrès sont possibles. Il est important d'améliorer la mesure de la qualité de manière continue pour identifier et évaluer les faiblesses et les forces d'un système, car ce qui n'est pas mesuré ne peut être amélioré.

1) Le MALI manque d'un cadre national de mesure de la qualité des soins, ce qui réduit sa capacité à l'améliorer.

2) L'état des salles d'hospitalisation ne respectaient pas les normes internationales. On notait une insuffisance de l'ensemble de l'équipement.

3) Le service souffre d'une insuffisance de personnel et ce personnel ne bénéficie pas formation continu.

4) Le résultat final a été jugé bon dans 99,1% des cas et l'évolution appréciée favorable dans 99,1% des cas

5) Le taux de satisfaction global des patients à leur sortie était de 98,13%.

RECOMMADATIONS :

Après cette étude qui est une première en la matière à notre connaissance, nous recommandons que l'évaluation d'un service de chirurgie dans notre contexte doit comporter comme critères quantifiables ce qui suit :

- Les différentes activités menées par le service (consultation, hospitalisation et activités opératoires).
- L'accueil des malades.
- La durée du séjour préopératoire et post opératoire dans le service.
- Les causes de reports et d'annulation de l'acte chirurgical.
- Les causes et les gravités des complications péri-opératoires.

- Le nombre et les causes exactes de décès opératoire.
- La satisfaction du chirurgien par rapport à l'acte effectué et les moyens dont il dispose pour l'intervention.
- La justification d'un traitement et des examens complémentaires.

L'opinion du malade à la fin de son séjour hospitalier sur :

- Son accueil ; son hébergement ; sur le personnel ; les soins ; le séjour ; l'information des dossiers médicaux et leur archivage.

Pour pallier les insuffisances dans la prise en charge des malades nous recommandons aussi :

1- A l'endroit du ministère de l'équipement et des transports :

- Faire de la sécurité routière une priorité par la construction des routes à grande circulation et des autoroutes, la signalisation continue des routes, la pratique des visites inopinées du parc automobile, une plus grande rigueur dans la délivrance des permis de conduire ;
- Intensifier des campagnes de sensibilisations de la population pour le respect du code de la route ;
- Publier périodiquement des statistiques sur les avp en vue d'informer la population sur la gravité de ce fléau ;
- Exiger le port de la ceinture de sécurité et des casques

homologués afin de diminuer les conséquences liées aux avp ;

➤ Entretien des routes de mauvaise qualité.

1. A l'endroit du conseil d'administration du CHU Gabriel TOURE.

Doter le CHU Gabriel TOURE d'un plateau technique adéquat avec une salle d'accueil des urgences digne de ce nom, un laboratoire d'analyses fonctionnel de façon continue pour une meilleure prise en charge des accidentés amélioration des conditions d'accueil du malade.

Amélioration des conditions d'hébergement des malades par la création de salles adéquates pour l'hospitalisation (douches et toilettes).

Dotation du service de moyens et techniques plus performants et mieux adaptés à notre contexte.

Renforcement des compétences du personnel par l'organisation de séances de formation continue.

2. A l'endroit du personnel Socio Sanitaire.

Acceptation de l'évaluation médicale comme un moyen de parfaire ses pratiques et non pas comme un « contrôle physique et ou intellectuel dégradant ». Collaboration et l'implication de tout le personnel dans la prise en charge des patients. Exécution correcte par chaque personnel des tâches qui lui sont dévolues. Application rigoureuse des procédés et techniques médicales afin de minimiser les complications péri opératoires.

3. A L'endroit des malades

Un changement de mentalité envers les soins Orthopédique et chirurgicaux pour une prise en charge rapide des affections.

La nécessité de percevoir les soins Orthopédique et chirurgicaux comme une aide à sa santé et non une agression physique.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

6. REFERENCES

1. Barbara ME, Florica M, André B, Peter H.

Patient satisfaction with primary care: an observation study comparing anthroposophy and conventional.

BioMed Center 2008; 6:1-15.

2. Thomas V, Perneger MD, Agathe Charvet-Bérard MS, Arnaud Perrier MD.

Patient assessment of the most important medical decision during a hospitalization.

J Gen Intern Med 2008; 23(5):1659-1665.

3. Alexander KS, Roger BD, Eric LK

Differences in the quality of the patient –physician relationship among

terminally III African-American and White Patients: Impact on advance care
Planning and treatment Preferences.

J Gen Intern Med 2007; 14(6):1579-1582

4. Elfriede B, Thomas L, Stefan PM, Arnulf HH.

Evaluation of possum scoring system in patients with gastric cancer
undergoing D2-gastrectomy.

BMC Surgery 2005;5:8.

5. Karamarie F, Anne TL, Philip GB, Peter R, Edward AN.

Postoperative mortality after inpatient surgery: Incidence and risk factors.

Therapeutics and Clinical Risk Management 2008; 4(4):681-688.

6. Avril A, Iakdja F, Marée D, Chantegreil C, Renaud Salis JL, Lobera A et al.

Contrôle de la qualité des soins dans un service de chirurgie.

Expérience de la Fondation Bergonié.

J Chir 2003; 2:79-86.

7. Baele Ph, Veyckemans F, Waterloo H.

Evaluation de la qualité des soins en anesthésie. Résultats d'une étude pilote.

Louvain Med 2003;62:475-493.

8. Dembélé AY

Evaluation de la qualité des soins au service de chirurgie A de l'hôpital du
Point.

These Med Bamako 2001; N°63.

9. Kondo F.

Etude de la qualité des soins dans certains établissements privés du discret de
Bamako. Thèse Med Bamako 2000; N°48.

10. VALLIN (M) et CHESNAIS

Législation routière code de procédure pénale France 1967

Valerio Juan LF.Saenz Gonzalez MC

Evaluation de la mortalité chez les moins de 15 ans en Espagne de 1980 à
1993.

11. SICARD (A)

La route meurtrière

Méd. D'Afr. Noire 1978. 13 (3)

12. OMS

Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation Genève 2004

13. LAROUSSE MEDICAL EDITION 2005

Larousse, petit larousse illustré 2005 (09/07/2004)

14. SANOGO A.

Approche épidémiologique des accidents de la route dans le district de Bamako.

Bilan de 5 ans d'observation de 1994 à 1998

Thèse de médecine 2001 N°33

15. NORMAN LG

Les accidents de la route: Epidémiologie et prévention

Genève OMS 1962

16. DIRECTION NATIONALE DES TRANSPORTS .

Texte et structure 1990, services techniques 90-52P

17. DIARRA A. :

Approche épidémiologique des accidents de la route au service des urgences chirurgicales (juillet- décembre 2001) a propos de 184 cas.

Thèse de médecine 2002 N° 1

18. GUEYE (SN) ET COUNTY (GR) HOURTOUSDY (A)

Accident de la circulation routière à Dakar

Bull. Sac. Médecine Afrique Noire 1969 N° 16

19. TANGARA B.S

Contribution à l'étude épidémiologique des accidents de la route dans le district de Bamako (à propos de 500 cas) de février 1990 en décembre 1990.

Thèse Méd. Bamako 1990.N°19.36

20. Rabal F, Nakache G, Pauzie M, Tosselli A et Mabriez JC.

L'évaluation des pratiques médicales dans un établissement privé de la Drôme.

Journal d'économie médicale 2005;13:65-67

21. Soumaoro M.

Coût de production des prestations dans le service de chirurgie A de l'hôpital national du Point G.

These Med 2007; Bamako n°61.

22. Canoui-Poitrine F, Logerot H, Frank-Soltysiak M.

Assessment of the satisfaction of professionals and patients at a multidisciplinary out-patient surgery unit.

Practice and organization of care 2008; 39(4):323–320

23. Caron JJ, Barré P, Dumser D.

Un petit hôpital ... A quoi ça sert ?

Etude de l'activité chirurgicale de l'hôpital de London au cours de l'année
2004.

J Chir 2004;127:608–66.

24. Kanté A

Evaluation de la qualité des soins dans le service de chirurgie générale de
l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd. Bamako 2005.N°19.

25. EMC technique chirurgical

26. CISSE O .

Etude épidémiologique des accidents de la voie routière dans le centre de sante
de référence de la commune vi du district de Bamako a propos de 264 cas.

Thèse Méd. Bamako 2010

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE N°---

A- DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

NomPrénomNationalitéAge

Ethnie

Sexe :

/___/1=Masculin ; /___/ 2=Féminin

Etat matrimonial : /___/1=marié(e) ; /___/2=célibataire ;

/___/3=divorcé(e) ; /___/ 4=veuve.

a) Profession :

/___/1- Commerçant(e) /___/2- fonctionnaire /___/3- ouvrier(e)

/___/4- Cultivateur /___/5- élève/étudiant(e) /___/ 6- Militaire

/___/7- mécanicien /___/ 8- enseignant /___/9- pompiste

/___/5- tailleur /___/6- chauffeur /___/12-ménagère

/___/13-aide ménage ; /___/14autres (à préciser.....).

b) Provenance.

1= commune1..... 2= commune1..... ; 3= commune3...; 4= commune4....

5= commune5..... ; 6= commune6.....7=kayes..... ; 8=Koulikoro..... ;

9=Sikasso..... ; 5=Ségou..... ; 6=Mopti...; 12=Tombouctou.... 13=Gao..... ;

14=Kidal..... ; 15=autres.....

B- Evaluation du niveau de vie

a- revenu mensuel/journalier (monétarisé)

Salaire	FCFA
Gain journalier	FCFA

b- Selon l'indice FGT 1) < 1 \$/jr (*niveau bas*) < 542 FCFA

2) entre 1 – 5 \$/jr (*niveau moyen*) 542-275 FCFA

3) entre 5 – 5 \$/jr (*niveau élevé*) 275-5420 FCFA

4) 5 \$/jr (*niveau très élevé*) >5420 FCFA

Avec 1 \$= 542Fcf

Date et heure de l'accident

Date et heure de la consultation

C-Nature de ou des engins en cause :

/___/1=Moto-Moto ; /___/2= Moto-Auto /___/3=Moto-Piéton ;

/___/4= Moto-Vélo; /___/5= Vélo-Vélo ; /___/6=Vélo-Piéton ;

/___/7= Vélo-Auto (à préciser.....).

/___/8=Auto-Piéton; /___/9=Auto-Auto ;

/___/5=Autres (à préciser.....)

D – Caractéristiques des lésions traumatiques :

1. Traumatisme crânien : /___/1=Oui ; /___/ 2=Non

Si 1 /___/1=Fracture ; /___/2= Plaie ; /___/3=Contusion ;
/___/4=Hématome ; /___/5=Autres (à préciser.....).

2. Traumatisme du rachis cervical : /___/1=Oui ; /___/2=Non

Si 1 /___/1=Fracture ; /___/2=Contusion ; /___/3=Luxation ;
/___/4=Plaie ; /___/5= autres (à préciser.....).

3. Traumatisme du rachis dorsal : /___/1=Oui ; /___/ 2= Non

Si1 /___/1=Fracture ; /___/2=Contusion ; /___/3=Luxation ; /___/4=Plaie ;
/___/ 5= Autres (à préciser.....).

4. Traumatisme du rachis Lombo-sacrée : /___/1=oui ; /___/ 2=non

Si 1 /___/1=Fracture ; /___/ 2=Contusion ; /___/3=Luxation ; /___/
/___/4=Plaie ; /___/ 5=Autres (à préciser.....).

5. Traumatisme du Thorax : /___/1=Oui ; /___/ 2=Non

Si1 /___/1=Fracture des côtes ; /___/ 2=Volet thoracique ;
/___/3=Luxation ; /___/4=Hématome ; /___/5=Pneumothorax ;
/___/6=Plaie ; /___/7=Contusion ;
/___/8=Autres (à préciser.....).

6. Traumatisme de la ceinture Scapulaire : /___/1=Oui ; /___/2=Non ;

Si 1 /___/1=Fracture ouverte; /___/ 2=Fracture Fermée ;
/___/ 3=Luxation ; /___/4=Contusion ; /___/5=Plaie ; /___/6=Entorse ;
/___/7=siège de la lésion.....
/___/8=Autres (à préciser.....).

7. Traumatisme du membre supérieur : /___/1=Oui ; /___/2=Non

Si 1 /___/1=Fracture ouverte ; /___/ 2=Fracture fermée ; /___/3=Luxation ;
/___/4=Contusion ; /___/5=Plaie ;
/___/6=Entorse ; /___/7=Autres (à préciser.....).

8. Traumatisme du Bassin : /___/1=Oui ; /___/ 2=Non

Si 1 /___/1=Fracture ; /___/2=Disjonction sacro-iliaque ;
/___/3=Disjonction de la symphyse pubienne ;
/___/4=Autres (à préciser.....).

9. Traumatisme du membre inférieur : /___/1=Oui ; /___/ 2=Non

Si 1 /___/1=Fracture ouverte ; /___/2=Fracture fermée ; /___/3=Luxation ;
/___/4=Contusion ; /___/ 5=Plaie ;
/___/6=Entorse ; /___/7=

5. Poly traumatisme : /___/1=Oui ; /___/ 2=Non

Si 1, les quels 6. Poly fracture.
/___/1=Oui ; /___/ 2=Non

Si 1, les quelles.....

E-Moyen de transport vers les structures hospitalières :

Protection civile /___/1=Oui ; /___/2=Non

Véhicule personnel /___/1=Oui ; /___/ 2=Non

Taxi /___/1=Oui ; /___/2=Non

Autres (à préciser.....).

F-Délai d'acheminement du patient : /.../

1 = 0 – 1h ; 2 = 1 – 2h ; 3 = 2 – 3h ; 4 = 3 – 4h ; 5 = 4 – 5h ; 6 = 5 – 6h ;

7 = 6 – 12h ; 8 = 12 – 24h ; 9 = 24 – 48h ; 5 = 48 – 72h ; 6 = 72 – 96h ; 12 =
96-120h ; 13 = 120-144h ; 14 = 144 – 168h ; 15 = \geq 168(7jours)

G- Délai de prise en charge après admission : /...../

1= moins 15 min ; 2 = 15 – 20min ; 3 = 20min – 1h ; 4 = 1 – 2h ; 5 = 2 –
3h ; 6 = 3 – 4h ; 7 = 4 – 5h ; 8 = 5 – 6h ; 9 = 6h au moins

H-Examens complémentaires :

/___/1=Oui ; /___/2=Non

Q1-Nature du bilan sanguin :

1=

3=.....

4=.....

5=.....

6=.....

7=

Q2-Somme totale dépensée pour le bilan sanguin :.....

Q3-Nature et nombre du bilan radiologique :

1=

2=.....

3=

5=

Q4-Somme totale dépensée pour le bilan radiologique :.....

I-Traitement chirurgical :

/___/1=Oui ; /___/2=Non

Q1 : CARACTERE DE L'INTERVENTION

/___/1 = Programmée /___/ 2= urgente

Q2 : DIAGNOSTIC D'ENTREE.....

Q3 : DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE

Q4 : ANTIBIOPROHYLAXLE

/_/1 = oui /_/ 2 = non

Q5 : SI OUI PRECISER TYPE ET DOSE.....

Q6 : TYPE DE CHIRURGIE SELON ALTEMEIR

/_/1 = chirurgie propre /_/2 = propre contaminée /_/3 = contaminée
/_/4 = sale

Q7 : TYPE DE BLOC OPERATOIRE

/_/1= bloc du service /_/2 = bloc des urgences

Q8 : QUALIFICATION DE L'OPERATEUR

/_/1= chirurgien /_/2 = CES /_/3 = interne

Q9 : QUALIFICATION DE L'AIDE CHIRURGIEN

/_/1= chirurgien /_/2 = CES /_/3 = interne

Q5 : TYPE D'Anesthésie

/_/1= AG /_/2 = péridurale /_/3 = rachianesthésie /_/4 = locale

Q6 : QUALIFICATION DE L'ANESTHESISTE

1= médecin anesthésiste 2 = infirmier 3 = interne 4=CES

Q12 : DUREE DE L'INTERVENTION EN MINUTE.....

Q13: DUREE EN JOURS AU SERVICE DE REANIMATION.....

Q14: OPERATEUR EST IL SATISFAIT DE L'INTERVENTION

/_/1= oui /_/2 = non

Q15 : SI NON POURQUOI

/_/1 = malade mal /_/ 2 = indication fausse /_/3 = incidents ou accidents per
opérateur

/_/4= anesthésie

AUTRES A PRECISER

...../_/

Q16: SI OUI POURQUOI ?

/_/1= indication bonne /_/2 = fautes minimum

3 = autres :

COMPLICATIONS PEROPERATOIRES

Q12 : LE PATIENT A T'IL PRESENTE DES COMPLICATIONS

PEROPERATOIRES /_/1=oui /_/2non

Q18 : SI OUI A QUEL MOMENT.....

Q19 : SI OUI QUELLE IMPORTANCE

/_/1 = mineure (ne mettant en jeu le pronostic vital)

/_/2 = importante (mettant en jeu le pronostic)

/_/3 = décès précise la cause.....

Q20 : PRECISER L'HORAIRE DE SURVENU PAR RAPPORT A L'INDUCTION

/_/1= < 30 mn /_/2 = 20 - 1h /_/3= 1h-2h /_/3= 2h - 3h /_/4=> 3heures

Q21 : NOMBRE DE PERSONNE DANS LE BLOC OPERATOIRE.....

COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES

Q14 : LE PATIENT A T'IL PRESENTE DES COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES

/_/1= oui /_/2 = non

Q23 : SI OUI QUELLE GRAVITE

/_/1 = mineure (ne prolongeant pas le séjour)

/_/2 = moyenne (le prolongeant de 2-3j)

/_/3 = grave (doublant au moins le séjour)

Q24 : SI OUI PRECISER LA MODALITE :

INFECTIEUSE:

/_/1= ostéite /_/2=Arthrite /_/ 3=Infection cutanée

AUTRES A PRECISER.....

Q13 : MODALITE NON INFECTIEUSE

/_/1 = hémorragie /_/ 2 = nécrose cutanée /_/3troubles cardiovasculaires

/_/4 = thrombophlébite /_/5 = décès /_/6=Arthrose /_/7=Pseudarthrose

/_/8=Raideur /_/9=Syndrome de loge /_/5=Ischémie aigue

AUTRES A PRECISER

Q10 : LE MALADE PREND T'IL DES ANTIBIOTIQUES

/_/1 = oui /_/2 = non

Q27:SI OUI LÉS QUELS

/_/1 = bêta lactamines /_/4 = macrolides /_/7 = cyclines

/_/2 = aminosides /_/5 = quinolones /_/ 8 = imidazoles

/_/3= phenicolés /_/ 6 = sulfamides

AUTRES A PRECISER.....

Q28 : DUREE DE L'ANTIBIOTHERAPIE.....

Q29: SI DECES PRECISER LA CAUSE

Q20 : LIEU DE SURVENU DU DECES

/_/1 = salle de réveil /_/2 = soins intensifs

/_/3 = salle d'hospitalisation

Q18 : NATURE ET NOMBRE D'ANALYSE EN POSTOPERATOIRE

1=

2=

3=

4=.....

J-Traitement orthopédique : /___/ 1=Oui ; /___/ 2=Non

Si 1 Type :.....coût :..... durée.....

K-Rééducation : 1=Oui ; 2=Non

Si 1 Type :..... coût :.....durée.....

L - NOMBRE DE CONSULTATION PAYEE PAR LE MALADE : /___/

M-SOMME TOTALE DEPENSEE PAR LE MALADE :

1 = PHARMACIE.....

2 = HEBERGEMENT.....

3 = EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....

/_/1 = Bon /_/2 = stationnaire /_/3 = précaire

O-APPRECIATION DU MALADE A SA SORTIE

Q1 : SUR L'ACCUEIL A LA CONSULTATION :

/_/1 = Satisfait /_/ 2 = non /_/3 = sans opinion

Q2: SUR L'HEBERGEMENT :

/_/1= Satisfait /_/ 2 = non /_/3 = sans opinion

Q2: SUR LES SANITAIRES :

/_/1=Satisfait /_/2 = non /_/ 3= sans opinion

Q3 : SUR LE PERSONNEL SOIGNANT :

/_/1=Satisfait /_/2 = non /_/ 3 = sans opinion

Q4 SUR LA DUREE DU SEJOUR :

/_/1 = Satisfait /_/2 = non /_/3 sans opinion

Q5: SI INSATISFAIT

/_/1= durée trop longue /_/2= durée trop courte /_/3=sans opinion

Q6: SUR L'INFORMATION DE SA MALADIE :

/_/1 = Satisfait /_/ 2 = non /_/3 = sans opinions

P-FICHE SIGNALÉTIQUE DU SERVICE :

1 .LES RESSOURCES :

QUALIFICATION DU PERSONNEL	NOMBRE
CHIRURGIENS	
CES	
INTERNES	
INFIRMIER D'ETAT	
INFIRMIER DU PREMIER CYCLE	
AIDE SOIGNANT	
SECRETAIRES	
TECHNICIENS DE SURFACE	
PERSONNEL DU BLOC OPERATOIRE	
TOTAL	

2 .STRUCTURES :

STRUCTURE	NOMBRE
BUREAU DE CONSULTATION	
UNITE	
BUREAU	
SALLE DE PANSEMENT	
SALLE DE GARDE	
MAGASIN	
LITS D'HOSPITALISATION	
TOTAL	

3. EQUIPEMENT :

NATURE DE L'EQUIPEMENT	NOMBRE
Bloc opératoire	
Table ordinaire pour bloc opératoire	
Boite d'ostéosynthèse	
Boite pour partie molle	
Appareil d'anesthésie	
Amplificateur de brillance	
TOTAL	

LES ACTIVITES DU SERVICES :

1. LES CONSULTATIONS :

QUALIFICATION DU PERSONNEL CONSULTANT	NOMBRE
CHIRURGIEN	
CES	

INTERNES	
TOTAL	

2. ACTES CHIRURGICAUX :

NATURE DE L'ACTE
Pansement
Lavage chirurgicale
Ostéosynthèse
Sequestrectomie
Arthroplastie

3 .ACTES ORTHOPEDIQUE:

NATURE DE L'ACTE
Plâtrage
Traction squelettique

LOCALISATION & RESUME DE LA THESE

Nom : Sidibé

Prénoms : Moussa Dramane

Tel : 78933031

Email : papou.dramane@yahoo.fr

TITRE : Evaluation de la qualité de la prise en charge des patients victimes d'accident de la circulation routière au service d'orthopédie et traumatologique du CHU Gabriel Touré.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013-2014

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS

SECTEUR D'INTERET : Chirurgie, santé publique et économie de la santé.

Objectif : Evaluer la qualité de la prise en charge des patients victimes d'accident de la circulation routière dans le service d'orthopédie et de traumatologie du CHU Gabriel Touré.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée durant douze mois du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2013.

Résultat .

Nous avons reçu 107 patients dont 83 hommes (78%) et 24 femmes (22%) avec des extrêmes d'âge de 10 ans et 70ans.

58(54,2%) ont bénéficié d'un traitement orthopédique tandis que 49(45,8%) ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

L'état des salles d'hospitalisation ne respectaient pas les normes internationales. On notait une insuffisance de l'ensemble de l'équipement.

L'opérateur n'était pas satisfait au cours de 6 interventions soit (12,24%)

2 malades soit (1,9%) ont fait une complication post opératoire dont une infections cutanée et une ostéite ; nous n'avons pas enregistré de cas de décès pendant notre étude.

95, 3% des patients ont bénéficié d'une rééducation.

Le résultat final a été jugé bon dans 99,1% des cas et l'évolution apprécié favorable dans 99,1% des cas le taux de satisfaction global des patients à leur sortie était de 98,13%.

Conclusion : L'évaluation de la qualité des soins est en plein essor mais celle-ci doit être basée sur des normes internationales.

MOTS CLEFS : Evaluation, qualité soins, orthopédie traumatologie.

LOCATION & ABSTRACT OF THE THESIS

Name: Sidibé

First Name: Moussa Dramane Sidibé

Tel: 78933031

Email: papou.dramane @ yahoo.fr

TITLE: Evaluation of the quality of care of patient's victims of road traffic accidents in orthopedic and trauma service CHU Gabriel Touré.

ACADEMIC YEAR: 2013-2014

CITY OF DEFENSE: Bamako

COUNTRY OF ORIGIN: Mali

PLACE OF FILING: Library FMOS

SECTOR OF INTEREST: Surgery, Public Health and Health Economics.

Objective: To evaluate the quality of care of patients victims of road traffic accidents in the Department of Orthopedics and Traumatology Hospital Gabriel Touré.

Methodology: This is a prospective study that was conducted during twelve months from January 1st to December 31st 2013.

Result:

We received 107 patients, including 83 men (78%) and 24 women (22%) with age 10 years and 79 years extreme.

58 (54.2%) underwent orthopedic treatment while 49 (45.8%) underwent surgical treatment.

The state of hospital wards did not meet international standards. We noted a failure of the entire equipment.

The operator was not satisfied during interventions or 6 (12.24%)

2 is sick (1.9%) had a postoperative complication including a skin infections and osteomyelitis we did not record any case of death during the study.

95, 3% of patients underwent rehabilitation.

The final result was considered good in 99.1% of cases and enjoyed favorable trends in 99.1% of the overall rate of patient satisfaction with their output was 98.13%.

Conclusion: The evaluation of quality of care is booming but it must be based on international standards.

KEYWORDS: Evaluation, Quality, care, orthopedy traumaology.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.